

DES
HERNIES DU CÆCUM
COMPLIQUÉES D'APPENDICITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH CHARNOIS

Né le 12 septembre 1868, à Châlon-sur-Saône

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552608_0041

DES
HERNIES DU CÆCUM
COMPLIQUÉES D'APPENDICITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH CHARNOIS

Né le 12 septembre 1868, à Châlon-sur-Saône

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE,
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), *Présid.*; M. LAROYENNE, *Assess.*; MM. GANGOLPHE et POLLOSSON (A.), *Agrég.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Les hernies du gros intestin et en particulier celles du cæcum ont été longuement étudiées dans ces dernières années depuis que des travaux récents ont bien mis en lumière les rapports exacts du péritoine avec le gros intestin, étude qui a modifié en partie l'idée que l'on se faisait jusqu'ici du mécanisme de ces hernies et de leur constitution.

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail une complication toute spéciale de ces hernies et qui jusqu'ici, croyons-nous, n'a pas été signalée ou du moins dont l'interprétation et les conséquences n'ont pas encore été mises en lumière. L'idée première de ce travail nous a été suggérée par notre maître M. Auguste Pollosson, chirurgien major désigné de la Charité, qui a constaté chez deux malades, porteurs de volumineuses hernies du gros intes-

tin, présentant des phénomènes d'étranglement, la présence d'une inflammation de l'appendice dans le sac herniaire.

Guidé dans cette voie, nous avons fait des recherches bibliographiques qui nous ont permis de réunir un certain nombre d'observations éparses dans lesquelles les auteurs signalent des appendicites trouvées dans le sac, au moment de la vérification anatomique, mais pour lesquelles on n'a fait, croyons-nous, aucun essai d'interprétation, ni aucun travail d'ensemble.

Sous la menace d'accidents d'étranglement, on a opéré, et au lieu d'un étranglement, on a trouvé dans le sac un appendice enflammé ou même perforé.

Ce que nous chercherons donc à montrer dans ce travail c'est que quelquefois les hernies du cæcum sont atteintes d'accidents de pseudo-étranglement dus à l'appendicite développée dans un sac herniaire ; allant plus loin, il nous serait peut-être permis de supposer que les cas que nous avons pu réunir et qui ne comprennent que des hernies opérées ne sont pas les seuls, et que *probablement* bien des cas de pseudo-étranglement qui ont été classés sous la rubrique engouement ou hernie enflammée, ne sont dus qu'à une appendicite herniaire qui, au lieu de progresser, se serait arrêtée dans son processus pathologique et aurait ainsi mis fin aux accidents avant que ces derniers eussent été justiciables d'une intervention qui aurait mis à découvert la lésion.

L'appendicite herniaire ne serait donc pas une complication banale et presque exceptionnelle de ce genre de hernies, ce serait un accident plus fréquent peut-être qu'on ne le pensait jusqu'à présent, mais qui dans nombre de cas passerait inaperçu, grâce à une fausse interprétation des effets constatés.

Il est bien entendu que nous n'étudierons ici que les inflammations de l'appendice survenant dans une hernie du cæcum et que nous n'avons nullement en vue les accidents inflammatoires survenant dans les cas de hernie de l'appendice, c'est-à-dire lorsque l'appendice est seul hernié.

Il n'y a donc aucune similitude entre le sujet que nous étudions et les travaux nombreux récemment parus sur les hernies de l'appendice.

Après un court aperçu historique, nous exposerons brièvement l'anatomie du cæcum au point de vue de ses rapports avec le péritoine, et le mécanisme des hernies du gros intestin qui en est une application immédiate.

Dans un second chapitre nous essayerons de tracer, aussi exactement que possible, le tableau clinique des hernies du gros intestin, après quoi nous en examinerons les complications pour nous étendre surtout sur celle qui fait l'objet de notre travail, sur l'appendicite herniaire dont nous étudierons l'étiologie, puis l'anatomie pathologique, et après en avoir donné la symptomatologie, nous terminerons par le traitement de cette complication.

Nous prions M. le professeur Maurice Pollosson, chirurgien des hôpitaux, d'agréer tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous remercions aussi tous nos maîtres dans les hôpitaux et en particulier M. Auguste Pollosson, chirurgien-major désigné de la Charité, qui nous a prodigué ses conseils pendant les six mois que nous avons passés dans son service en qualité de secrétaire, et qui en outre après nous avoir donné l'idée première, nous a largement aidé dans tout le cours de notre travail.

Enfin nous ne pouvons oublier M. le professeur Gayet, M. Augagneur, chirurgien-major de l'Antiquaille, M. le Dr Colrat, médecin des hôpitaux, que nous avons eu l'honneur d'avoir comme maîtres pendant notre externat dans les hôpitaux.

Qu'ils reçoivent ici tous nos remerciements pour l'enseignement qu'ils nous ont donné pendant le temps trop court où nous avons pu profiter de leurs leçons.

DES

HERNIES DU CÆCUM

COMPLIQUÉES D'APPENDICITE

I

HISTORIQUE

On a beaucoup écrit sur les hernies en général et sur les hernies du gros intestin, et nous n'avons pas l'intention dans ce court aperçu historique d'étudier en détail ce qui a été fait sur ce sujet, nous tenons seulement à mettre la question au point et à montrer à quoi elle se résume.

Les hernies du gros intestin ne sont cependant pas de celles qui ont beaucoup préoccupé les auteurs anciens, qui en avaient presque complètement délaissé l'étude pour ne s'occuper que des hernies les plus fréquentes, celles de l'intestin grêle.

Néanmoins nous pouvons citer les noms d'un certain nombre d'auteurs qui en ont parlé, depuis Praxagoras et Celse, avec Vésale, Bauhin, Fallope et plus près de nous Franco, Santorini et enfin Malgaigne dans ses leçons cliniques des hernies.

Mais pour ces auteurs, les détails concernant les rap-

ports du péritoine et des divers organes sont peu connus, et il en résulte des erreurs, des appréciations défectueuses des faits. En effet, pour Malgaigne et les anciens, le cæcum est libre dans la cavité abdominale, en contact avec la fosse iliaque postérieure sur laquelle il glisse, le péritoine ne l'entoure pas ; et appliquant ces données à l'explication du mécanisme des hernies du cæcum, ils en concluent que ces hernies se font toujours par glissement du cæcum sur le tissu cellulaire de la fosse iliaque et qu'en conséquence elles sont la plupart du temps sans sac ou tout au moins avec sac incomplet.

Il faut arriver aux travaux de Bardeleben en 1849 et des anatomistes allemands avec Krause pour avoir des notions plus exactes sur l'anatomie du cæcum et le mécanisme de ces hernies. Après ces travaux, viennent en Angleterre les communications de Luscka, de Henle, qui complètent les connaissances des auteurs précédents, puis enfin en dernier lieu les travaux récents de Trèves en Angleterre 1886, et de Tuffier en France (communication publiée dans les *Archives de médecine*, 1887), qui déterminent nettement l'anatomie et les rapports du cæcum et en tirent des conclusions au sujet du mécanisme des hernies du gros intestin.

Pour ces derniers auteurs, le mécanisme du glissement est d'une rareté excessive dans l'histoire des hernies du gros intestin ; elles se forment presque toujours par descente, à la suite de désinsertion ou allongement des ligaments suspenseurs qu'ils ont contribué à si bien faire connaître.

Depuis ces travaux, deux thèses récentes ont été publiées à Paris en 1887, l'une de Mérigot de Treigny sur

les *Hernies du gros intestin*, l'autre de Lemenicier sur l'*Anatomie du cæcum et le mécanisme de ces hernies*. Ces deux thèses s'inspirent des idées de M. Tuffier et n'en sont que des applications.

Tels sont rapidement résumés les renseignements historiques sur les hernies du gros intestin ; la bibliographie de leurs complications est très considérable aussi et surtout bien confuse ; en effet, les auteurs reconnaissent aux hernies, outre les étranglements vrais, un nombre assez élevé de pseudo-étranglements ; pour les uns les pseudo-étranglements sont dus à l'iléon, pour d'autres à l'engouement qu'ils définissent : la stase des matières fécales ou des gaz dans l'intestin hernié ; engouement solide ou gazeux suivant le cas, et qui pour eux est très fréquent ; d'autres invoquent l'inflammation des hernies et attribuent à elles toutes leurs complications en dehors de l'étranglement.

A l'étude de ces accidents sont attachés les noms de Franco, puis ceux de Goursaud dans son mémoire à l'Académie de chirurgie, de Malgaigne dans son travail intitulé : *Examen des doctrines reçues jusqu'à ce jour sur le mécanisme de l'étranglement des hernies*, et dans son *Mémoire sur les pseudo-étranglements*, enfin citons encore les noms de Scarpa, Cloquet Gosselin.

Tous reconnaissent que l'étranglement est un phénomène en somme assez rare dans les hernies du gros intestin, qui ont généralement un anneau peu serré, et c'est sur le compte de la coprostase et de l'inflammation qu'ils mettent les accidents qu'ils sont convenus d'appeler les pseudo-étranglements.

Outre ces complications, on en a décrit encore une

autre sorte, ce sont les adhérences, qui ont fait le sujet d'une excellente thèse de M. Boiffin en 1887. Pour lui, il y a deux sortes d'adhérences: adhérences inflammatoires consécutives, à un travail chronique d'inflammation dans le sac herniaire, adhérences par glissement, ces dernières se forment par le glissement du péritoine dans le sac herniaire, entraînant avec lui les portions d'intestin où s'attachent les mésos. Ces adhérences, autrefois décrites par Scarpa qui les appelait adhérences charnues naturelles, sont, d'après Boiffin, propres au gros intestin, et favorisent la production des pseudo-étranglements.

Ce sont là les seules complications que signalent tous ces auteurs et nulle part on ne trouve signalée, ni interprétée la complication qui fait le sujet de ce travail : *l'appendicite intra-herniaire*.

Il semble que cet accident soit perdu dans les phénomènes qu'on rapporte, soit à l'engouement, soit à l'inflammation.

Si nous avons pu réunir un certain nombre d'observations, elles sont restées isolées comme des curiosités pathologiques; sans qu'on ait songé jamais à en tirer aucune conclusion générale des faits observés.

II

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES SUR LE CÆCUM ET SES HERNIES

Avant de parler de la symptomatologie et des complications des hernies du gros intestin, il nous a semblé bon de résumer en quelques lignes, des idées actuellement admises sur les rapports du cæcum et de l'appendice avec le péritoine et le mécanisme de ces hernies qui en découle directement.

Nous nous inspirerons, dans cet aperçu succinct, du travail qu'a publié M. Tuffier en 1887, dans les *Archives de médecine*, sur le cæcum et ses hernies, travail qui résume l'état actuel de la science à ce sujet.

L'anatomie normale du cæcum et de l'appendice nous importe peu ici ; les seuls détails qui nous soient utiles à connaître sont les rapports du péritoine avec le cæcum.

Le cæcum situé dans la fosse iliaque droite a une direc-

tion légèrement oblique en bas et à gauche, il se continue en haut avec le côlon ascendant et s'abouche à la partie interne avec la troisième portion de l'intestin grêle qui forme avec lui un angle obtus en haut et aigu en bas ; un peu plus bas que l'abouchement de l'intestin grêle on trouve l'appendice vermiforme qui s'insère à la partie latérale interne du gros intestin, presque en bas à l'ampoule cæcale, mais jamais tout à fait en bas, d'après Tuffier.

Tous ces organes contractent ensemble, et vis-à-vis du péritoine, des rapports spéciaux.

Ce dernier, en descendant sur l'intestin grêle, arrive au cæcum et peut se comporter de différentes manières, puis il rencontre l'appendice et l'entoure.

D'après les travaux de Trèves qu'il a exposés dans une communication à la Société pathologique de Londres, en octobre 1886, et de Tuffier l'année suivante en juin 1887, les anciennes données couramment admises sur les rapports du péritoine avec le cæcum et l'appendice cæcal ne sont rien moins que confirmées.

Du reste, les communications de ces derniers auteurs avaient été précédées par celles de Bardeleben qui, en 1849, décrit le revêtement péritonéal du cæcum, et des anatomistes allemands avec Krause qui continuent ces recherches et les vulgarisent.

Le péritoine, disait-on autrefois, passe sur la face antérieure du cæcum qu'il applique dans la fosse iliaque droite, mais ne l'entoure nullement, et quand par exemple une ulcération du gros intestin à sa partie postérieure amène la perforation du cæcum on a alors un phlegmon,

un abcès de la fosse iliaque sans péritonite antérieure, le péritoine n'est pas intéressé.

D'après les recherches des auteurs précédemment cités, il n'en est rien : le péritoine recouvre le cæcum en entier.

« Le cæcum est partout recouvert de péritoine et la main peut en faire le tour comme elle fait le tour du cœur dans son sac péricardique », dit textuellement Tuffier.

En effet, le mésentère arrivé à l'angle iléo-cæcal se dédouble en deux feuillets pour entourer le cæcum ; son feuillet antérieur passe de la face antérieure de l'iléon sur la face antérieure du gros intestin ; son feuillet postérieur fait de même et s'applique sur la face postérieure du cæcum, puis ces deux lames péritonéales se rejoignent sur le côté externe de l'organe et lui font un revêtement complet.

Ce revêtement se continue en bas au fond du cæcum qui, lui aussi, grâce à la jonction de ces deux feuillets, est tout entier intra-péritonéal.

La séreuse forme en passant sur le cæcum, au niveau de l'angle de réunion de l'intestin grêle et du gros intestin, deux dépressions marquées, deux fossettes ; l'une supérieure est la fossette iléo-cæcale supérieure ; elle est peu profonde, et est surtout destinée à loger les vaisseaux de nutrition des parois intestinales, artères et veines iléo-cæcales antérieures ; l'autre, située dans l'angle iléo-cæcal inférieur, est la fossette iléo-cæcale inférieure ; elle est plus profonde que la précédente et cache en partie l'appendice vermiforme qui est plus ou moins enveloppé par la séreuse, et les vaisseaux qui s'y rendent.

Ce revêtement séreux qui enveloppe le cæcum peut remonter assez haut ; il atteint en général la partie supé-

rière de l'embouchure iléo-cæcale, il peut même quelquefois arriver jusqu'au rein, et constituer aussi au côlon ascendant une enveloppe péritonéale, au méso-côlon qui le rend lui aussi libre dans la cavité abdominale.

Mais outre ce revêtement séreux qu'il forme au cæcum le péritoine arrive à de certains endroits à prendre tout à fait contact avec l'intestin lui-même, et à lui former des ligaments forts et résistants qui contribueront à le maintenir solidement dans la cavité abdominale, et empêcheront la descente dans les hernies d'une masse intestinale qui y est bien portée par son propre poids et par la fréquence de matières fécales dans son intestin.

La connaissance de ces ligaments jette un jour considérable sur le mécanisme des hernies du cæcum et nous montre qu'il faut pour que ces hernies existent, une lésion acquise ou une malformation congénitale de ces appareils suspenseurs.

Ces ligaments n'ont été bien décrits que depuis peu par Tuffier ; avant lui, on pensait que la fixité du cæcum dans la fosse iliaque était due à l'adhérence intime de la paroi postérieure du gros intestin avec le tissu cellulaire de cette fosse.

Or, il est bien évident qu'il faut au cæcum des marques de suspension autrement puissantes que ce que peut lui fournir le tissu cellulaire iliaque.

Ces ligaments existent en effet, et on en décrit deux principaux, que l'on remarque plus facilement à condition qu'on ait soin de faire distendre le cæcum ; ces ligaments prennent alors les apparences d'une corde fortement tendue et sont très appréciables.

En haut, nous trouvons le *ligament supérieur* formé

par un repli de la séreuse péritonéale, et qui s'insère d'une part en haut sur la partie inférieure de la fosse lombaire, et d'autre part sur le côté extérieur du cæcum, immédiatement au niveau de son union avec le côlon ascendant. Ce ligament qui est très puissant a la forme d'une bride qui descend verticalement, mais est en même temps concave ; dans l'arc de sa concavité vient se loger, comme dans une véritable attelle, la partie la plus externe du cæcum, qui alors est largement soutenu ; ce ligament qui contient des fibres nacrées comme celles d'un tendon, a la forme d'un éventail ; plutôt étroit à la partie supérieure au niveau de son insertion au-dessous du rein, il vient s'élargissant, jusqu'au cæcum où il atteint sa largeur maximum.

On comprend, grâce à sa force, à sa courbure qui reçoit le cæcum et aussi à l'adhérence qu'il a avec ce dernier, quelle puissance il peut avoir et de quel secours il est pour empêcher la chute en bas et en avant, de toute la partie inférieure du gros intestin.

A côté de ce ligament supérieur, nous en trouvons un second moins puissant que lui, mais qui est néanmoins d'une utilité incontestable pour les stabilités du cæcum. C'est le *ligament inférieur* formé par un repli péritonéal, comme le précédent, il s'insère d'une part à la partie inférieure du cæcum, à l'intestin grêle et au mésentère dont il n'est en réalité qu'un prolongement et d'autre part il va rejoindre la fosse iliaque droite, dans sa partie inférieure.

Il a aussi une forme triangulaire, son sommet est à l'insertion intestinale, sa base au niveau de la fosse iliaque. Il est moins résistant que le précédent, mince e

transparent, et sert à fixer le cæcum de la fosse iliaque ; il limite ainsi le mouvement de bascule qui en se produisant amènerait la tête du cæcum en haut, il s'accroît du reste beaucoup quand on simule ce mouvement.

Ainsi donc, par ces deux ligaments, le cæcum est bien fixé en place ; le ligament supérieur, qui l'embrasse dans sa concavité, en empêche la descente ; le ligament inférieur le fixe dans la fosse iliaque et rend impossible la bascule de bas en haut du cæcum.

Quels sont maintenant les supports de l'appendice avec le péritoine et avec le cœur lui-même ?

Le mésentère, avons-nous vu, se dédouble pour former une enveloppe complète au cæcum, au niveau de l'aboutissement de l'iléon dans ce dernier, mais en même temps, un prolongement du mésentère l'abandonne au moment où il se jette sur le cæcum et prenant une direction presque verticale, va aborder l'appendice et lui former un véritable méso-appendice, ordinairement assez long. Ce prolongement péritonéal a une forme triangulaire à base dirigée en haut, sa base est en rapport avec le mésentère et le cæcum, son sommet s'insère à l'extrémité inférieure de l'appendice, qui quelquefois n'a plus de méso-côlon, mais est entourée complètement par le péritoine.

Outre ce prolongement, l'appendice est encore relié au cæcum par un autre repli péritonéal qui part du cæcum à la base de l'appendice lui-même, et se dirige jusqu'à son extrémité, c'est le repli iléo-appendiculaire qui comble en partie les fossettes iléo-cæcales inférieures et recouvre le ganglion appendiculaire de Clado.

Ainsi que nous le voyons par la description rapide de ces différents replis, l'appendice est relié au cæcum et au

péritoine par deux prolongements, dépendances de la grande séreuse mésentérique, qui l'entourent en entier et le retiennent en partie quand il tend à s'abaisser.

Hernies du cæcum.

Ces quelques considérations données sur les rapports du cæcum et de l'appendice, sur la façon dont ils sont maintenus l'un et l'autre dans la cavité abdominale, nous mettront à même de comprendre le mécanisme de ses services.

Les hernies du gros intestin ne sont pas chose rare et elles ont été étudiées depuis longtemps par nombre d'auteurs, mais tous ont jusqu'ici admis que la hernie du cæcum était sans sac.

Scarpa, Desault, Choppart, Pelletan, Cloquet (1819), concluent tous ainsi : la hernie cæcale n'a qu'un sac latéral ou même n'a pas de sac.

Les recherches récentes des auteurs ont permis de formuler ce principe que les hernies primitives et simples du cæcum sont des hernies avec sac, il nous reste maintenant à indiquer le mécanisme de ces hernies.

Jusqu'à ces derniers temps, on admettait deux mécanismes dans l'apparition des hernies du gros intestin :

1° *Hernies par glissement.* — Le cæcum descendait en arrière entre la paroi de la fosse iliaque et le péritoine qui le recouvrait en avant ; d'abord sans sac, cette hernie pouvait ensuite avoir un sac incomplet, parce que le péritoine était entraîné secondairement avec le cæcum, donc hernie sans sac ou avec sac latéral.

2^e *Hernies par descente.* — Le cæcum basculait en dehors, l'appendice est en haut, et se présentait soit seul, soit accompagné du côlon, avec sac incomplet.

La première hypothèse de hernies par glissement est impossible, attendu que le péritoine entoure en entier le cæcum ; quant à la seconde : hernies par descente, elle ne se présente ordinairement que lorsque le cæcum est entraîné secondairement, d'une hernie du côlon, qui l'a fait basculer en descendant.

Nous ne pouvons mieux faire pour expliquer le mécanisme des hernies actuellement accepté, que de résumer les conclusions de Tuffier à ce sujet.

Il reconnaît deux sortes de hernies du gros intestin : les hernies congénitales et les hernies acquises :

Les hernies congénitales peuvent être dues à deux causes ou bien par malformation congénitale du cæcum et de l'appendice qui ne sont pas entourés de péritoine, et se sont développés au dessous de la séreuse péritonéale.

Dans ce cas la hernie se fait *par glissement*. Le cæcum glisse entre le péritoine et la fosse iliaque et vient former au dehors une hernie sans sac.

Dans l'autre cas, le cæcum est bien conformé, il est entouré par le péritoine, mais ses ligaments sont insuffisamment développés, ils manquent tous deux, ou l'un d'eux seulement : dans ce cas, la hernie se fait par le mécanisme *de la descente*, et elle est pourvue d'un sac.

Le même mécanisme peut se produire si les ligaments au lieu d'être absents sont trop longs et permettent au cæcum de descendre, mais encore dans ce cas, il y aura hernie avec sac.

Les hernies acquises, hernies de l'adulte ne peuvent

avoir lieu que par allongement ou désinsertion des ligaments.

Dans le cas d'*allongement*, c'est le même mécanisme de *descente*, que dans l'exemple précédent; le cæcum descend, dans le scrotum entouré de péritoine, la hernie a un sac.

Dans le cas de *désinsertion ligamenteuse*, le cæcum descend encore en bas, et là encore le sac est constant.

On a cependant cité des observations dans lesquelles on a trouvé des hernies chez des adultes, et dans lesquelles le cæcum était dépourvu de sac entièrement ou en partie.

Ces dispositions peuvent en effet se présenter et voici comment :

Tantôt on a affaire à une hernie cæcale primitive qui au début a été recouverte par le péritoine en entier, puis peu à peu, à la suite du cæcum, descend dans la hernie, le côlon qui augmente le contenu du sac et le force soit à se distendre d'une façon exagérée, soit à dépouiller le cæcum d'une partie de son revêtement séreux.

D'autres fois, on trouve le cæcum et l'appendice dépourvus de sac : c'est que, dans ce cas, on a affaire à une hernie primitivement cœlique qui aura entraîné à sa suite le cæcum; ce dernier se trouvera alors dépourvu de sac.

En résumé, les hernies primitives du cæcum peuvent être congénitales ou acquises.

Congénitales, elles sont quelquefois dépourvues de sac, grâce à une malformation congénitale du cæcum.

Acquises, elles sont à peu près toujours pourvues de sac; les observations de hernies acquises sans sac sont presque toutes des hernies primitivement cœliques.

Les recherches des auteurs modernes et en particulier celles de M. Tuffier ont modifié notablement les idées anciennes; autrefois on considérait les hernies cæcales comme à peu près constamment dépourvues de sac; on les considère aujourd'hui comme presque toujours pourvues d'un sac complet. Nous tenons à faire remarquer que cette dernière opinion n'est pas formulée d'une manière absolue, qu'elle admet des exceptions et reconnaît l'existence d'un certain nombre de cas où les hernies cæcales n'ont qu'un sac incomplet.

Qu'il s'agisse de malformations congénitales dans lesquelles le cæcum est primitivement sous-péritonéal ou qu'il s'agisse de modifications secondaires dépouillant le cæcum de son revêtement complet, il n'en reste pas moins vrai que l'on peut constater dans certains cas un revêtement incomplet du cæcum par le sac péritonéal.

Nous tenons à bien établir l'existence de ces exceptions que l'on aurait tort d'oublier; leur connaissance nous est utile et nécessaire pour l'interprétation de lésions anatomopathologiques qui seraient inexplicables sans cela.

III

SYMPTOMATOLOGIE DES HERNIES DU GROS INTESTIN LEURS COMPLICATIONS

Les hernies du gros intestin dont nous venons d'étudier le mécanisme ont une symptomatologie qui leur est propre, et le tableau clinique qu'elles nous présentent est assez net pour nous donner, sinon un diagnostic absolument certain, tout au moins de grandes probabilités.

Le malade porteur d'une telle hernie se présente avec un aspect spécial : la tumeur herniaire est volumineuse et peut atteindre les dimensions d'une tête de fœtus, elle distend le scrotum qui, par son élasticité, arrive néanmoins à la contenir tout entière ; l'essai de contention par un bandage est ordinairement impossible, et elle revêt les caractères de ce qu'on appelle la hernie incoercible.

Cette hernie volumineuse a apparu pour ainsi dire brusquement ; ordinairement de forme plutôt allongée

dans le sens vertical, elle descend souvent jusque vers le milieu de la cuisse : sa consistance est plus ou moins ferme, souvent élastique et rénitente; on note à la pression un gargouillement très net, facile à apprécier surtout si on essaie de réduire la hernie; à la percussion on note, en général, une sonorité assez marquée, sauf peut-être au niveau du pédicule où elle est moins accentuée.

Quant au pédicule lui-même, il a ceci de bien particulier, c'est qu'il a en général un volume assez considérable; loin d'être serré comme dans les hernies ordinaires, et en particulier les petites hernies de l'intestin grêle dans lesquelles on trouve un anneau très étroit; on peut facilement introduire le doigt jusque dans l'abdomen, entre le pédicule herniaire et son anneau.

Au point de vue subjectif, ces hernies ne sont pas moins caractéristiques; on note tout d'abord le peu d'importance des symptômes fonctionnels; les malades n'éprouvent pas de violentes douleurs s'irradiant un peu partout, ils accusent plutôt un malaise, une sensation vague de gêne plutôt pénible par sa persistance que par son acuité; on note, en outre, quelques phénomènes dyspeptiques, digestions douloureuses et pénibles, sensation de plénitude, éructations après les repas, puis renvois, nausées et vomissements; mais, en somme, tous ces symptômes généraux sont d'ordinaire peu accusés et l'on voit des malades porteurs de volumineuses hernies et qui n'en sont à peu près pas incommodés.

Un caractère qui contribue encore bien à caractériser ces hernies, c'est l'irréductibilité rapide, et cela sans phénomènes d'étranglement. A la suite d'un effort, d'une manœuvre quelconque, quelquefois même sans cause

appréciable, les malades s'aperçoivent que leur hernie ne rentre pas, et cependant on ne voit pas apparaître le syndrome clinique de l'étranglement; le malaise augmente légèrement, mais il n'y a ni vomissements fécaloïdes, ni constipation absolue.

Leur marche est de même assez caractéristique; ce qui frappe surtout, c'est la brusquerie de leur apparition; une hernie du gros intestin se montre subitement et elle prend immédiatement des dimensions volumineuses; au bout d'un temps très court, elle devient irréductible; cette irréductibilité peut même n'être que temporaire, puis tout d'un coup la hernie rentre dans l'abdomen sans que cette réduction spontanée soit mieux expliquée que son irréductibilité antérieure.

Mais même lorsqu'elle persiste, elle n'amène pas de symptômes fonctionnels bien marqués, et l'on peut à juste titre la considérer non pas comme une complication, mais comme un symptôme ordinaire de ces sortes de hernies.

Ce sont là des constatations qui ont une valeur assez considérable au point de vue du diagnostic; nous avons en effet entendu à ce sujet M. Auguste Pollosson insister sur l'observation suivante: Les hernies volumineuses, lorsqu'elles sont dues à l'issue de l'intestin grêle, s'établissent en général d'une manière tout à fait progressive, et on ne verrait à peu près jamais les hernies de l'intestin grêle atteindre brusquement un volume considérable: l'établissement brusque d'une hernie volumineuse devrait donc faire songer à l'existence d'une portion du gros intestin de la hernie et permettre presque de l'affirmer. Ces hernies du gros intestin pourraient dès lors, d'après le même chirurgien, s'établir de deux manières: tantôt un malade qui

n'a jamais eu de hernie verrait brusquement, et sous l'influence d'un effort, s'établir une hernie volumineuse, tantôt au contraire, un malade depuis longtemps porteur d'une hernie petite ou moyenne, verrait brusquement cette hernie acquérir un volume considérable.

Nous entendons, sous le nom de hernie volumineuse, une tumeur herniaire égale au moins à un poing, et souvent plus considérable.

L'établissement brusque d'une hernie de gros volume, serait donc un caractère diagnostique ayant déjà par lui-même une valeur, si en même temps, on constate l'irréductibilité de cette masse coïncidant avec un gros pédicule et un collet peu serré, le diagnostic pourrait être affirmé bien davantage.

Les probabilités en faveur d'une hernie du gros intestin deviendraient plus grandes encore lorsqu'on constate que cette irréductibilité d'une hernie volumineuse brusquement établie, ne s'accompagne pas d'emblée de symptômes d'étranglement, mais se borne au malaise plus ou moins vague que nous avons signalé.

Cette symptomatologie et cet essai de diagnostic terminés, nous pouvons maintenant aborder l'étude des complications de ces hernies, complications qui sont au moins aussi fréquentes que dans les hernies de l'intestin grêle, et sont la cause de symptômes et d'accidents souvent graves.

Parmi ces complications, il faut d'abord citer l'étranglement: cet accident est évidemment moins fréquent et surtout moins net dans les hernies volumineuses, dans les hernies du gros intestin, que dans celles de l'intestin grêle. Ces idées générales sont classiques, et nous savons

que tous les chirurgiens en présence de l'irréductibilité des petites hernies songent d'abord à l'étranglement et l'affirment d'une manière presque absolue, dès le principe, tandis que devant les complications des hernies volumineuses, ils hésitent davantage et font entrer en ligne de compte dans leur diagnostic, la possibilité d'engouement ou d'inflammation herniaire.

Il n'est évidemment pas permis de rejeter complètement la possibilité de l'étranglement des hernies volumineuses. Il est incontestable que dans certains cas le tableau clinique de l'étranglement s'accompagne, au point de vue anatomique, de la constatation d'un pédicule herniaire dur, serré par le collet ou par les anneaux; il est incontestable aussi que, lorsqu'on intervient par la kélotomie dans les cas auxquels nous faisons allusion, on peut constater au niveau du collet une constriction dont l'agent le plus fréquent est représenté par les anneaux.

L'étranglement herniaire existe donc bien véritablement dans les grosses hernies, qui sont souvent des hernies du gros intestin; il revêt une forme clinique qui ne diffère par aucun point essentiel de l'étranglement des petites hernies, mais bien souvent lorsque les phénomènes cliniques de l'étranglement apparaissent sur un malade porteur d'une grosse hernie, on constate que le pédicule herniaire est volumineux, qu'il n'est pas dur, et, si l'on opère, on constate qu'il n'est pas serré.

C'est dans ces cas que l'on a cherché aux symptômes une interprétation différente de l'étranglement, nous voulons parler de l'engouement et de l'inflammation herniaire.

C'est surtout, en effet, à propos des grosses hernies que ces complications ont été invoquées ou constatées.

Outre ces accidents d'étranglement démontrés par les opérations, on a observé, en effet, dans certains cas, du reste assez nombreux, des phénomènes simulant plus ou moins le choléra herniaire, sans que cependant on eût à noter aucun changement ni aucune constriction sur l'intestin, de la part, soit des anneaux, soit du collet du sac, et on a cherché à interpréter de façon vaine, ces complications, c'est alors qu'on a parlé d'engouement, d'inflammation, de péritonite herniaire, etc.

Dans les cas où les accidents étaient légers et transitoires, on a cherché à les expliquer par l'engouement et l'inflammation herniaire.

L'engouement est dû à l'accumulation de matières fécales dans la portion de l'intestin hernié; cette coprostase peut, en effet, amener la distension de la poche herniaire et en faciliter l'irréductibilité.

Mais c'est là un accident rare et, en outre, assez mal défini, dont il est facile de tracer un tableau clinique bien net du reste, la contestation anatomique ne se fait; en général jamais, et on en est presque toujours réduit à des suppositions touchant l'anatomie pathologique.

Le malade se plaint d'une sensation de gêne locale, d'un état général peut satisfaisant, avec quelques nausées et quelquefois quelques vomissements et c'est là tout ce qu'on observe avec l'irréductibilité de la tumeur, la constipation n'est pas absolue.

D'autres fois, ces symptômes inquiétants sont dus à l'inflammation de la hernie qui peut porter, soit sur le sac lui-même, soit sur les organes qui y sont contenus. Cette inflammation peut être due à un traumatisme, à un choc, à un corps étranger contenu dans l'intestin hernié;

parmi ces corps étrangers, notons en passant la présence de vers intestinaux.

Ces phénomènes d'inflammation herniaire peuvent revêtir deux types ; tantôt ils sont légers, donnent lieu alors à des phénomènes généraux peu assurés, semblables ou analogues à ceux qu'on attribue à l'engouement, et à des phénomènes locaux consistant dans une tension douloureuse de la hernie ; ces phénomènes locaux de même que les phénomènes généraux, sont alors transitoires et cèdent au bout de quelques jours à un traitement approprié ; ce sont ces poussées inflammatoires qui sont l'origine des adhérences de l'intestin aux parois du sac.

A côté des cas légers, on observe des inflammations aiguës, véritables péritonites herniaires dont l'origine peut être due à des traumatismes ou à des causes inconnues, on a dans ces cas des phénomènes généraux présentant le type des étranglements herniaires les plus caractérisés, mais on constate en même temps des signes d'inflammation locale, qui bornées au début à de la douleur et à la tension, peuvent se manifester plus tard par de la rougeur, des phénomènes phlegmoneux et même des gangrènes avec perforation.

Les occlusions intestinales, à l'intérieur du sac herniaire lui-même, peuvent aussi donner naissance à des accidents graves s'expliquant par l'arrêt forcé du cours des matières fécales ; ces obstructions peuvent être dues à un volvulus de l'intestin, à une bride qui l'enserme ou encore à des adhérences.

C'est par la description normale de ces adhérences, que nous devons terminer la liste des complications des hernies du gros intestin, actuellement reconnues comme

pouvant amener des phénomènes réactionnels graves simulant plus ou moins l'étranglement. Les adhérences sont de deux sortes : adhérences inflammatoires dues à un travail de péritonite herniaire et qui unissent le sac aux organes qu'il contient, et adhérences par glissement. Les dernières bien étudiées par Boiffin dans une thèse récente, sont dues à la distension de la hernie qui, en attirant à elle le péritoine situé au-dessus de l'anneau, amène en même temps dans le sac les organes qui y sont soudés par leurs mésentères : cæcum ou colon.

Faisons remarquer, du reste, que ces deux espèces d'adhérences, quoique décrites en même temps, n'ont absolument aucune similitude, ni au point de vue pathogénique, ni au point de vue anatomo pathologique, et qu'elles mériteraient plutôt d'être distinguées les unes des autres, que d'être ainsi rapprochées, car elles n'ont de commun que la similitude de leur nom et le fait qu'elles sont, les unes et les autres, la cause fréquente de l'irréductibilité des hernies.

Toutes ces hernies compliquées d'adhérences sont en effet caractérisées cliniquement par leur irréductibilité absolue, quoique l'orifice soit très large et laisse facilement pénétrer le doigt dans l'abdomen.

Elles n'exposent du reste qu'à des troubles fonctionnels modérés et présentent souvent une indolence remarquable ordinairement ; néanmoins, les individus qui en sont porteurs sont sujets à des symptômes pénibles, tels que douleurs abdominales, phénomènes dyspeptiques, ballonnement du ventre ; on observe quelquefois une amélioration passagère, après quoi les accidents reprennent de plus belle.

Enfin, ces hernies adhérentes exposent, comme nous l'avons vu, à l'occlusion intestinale intra-herniaire, et elles sont une douloureuse infirmité : étant donné, l'augmentation de leur volume, et leur irréductibilité absolue.

Mais toutes ces complications classiques des hernies du gros intestin rendent-elles compte des accidents que nous venons de classer dans les pseudo-étranglements et l'interprétation qu'en donnent les auteurs ne laisse-t-elle pas de place à d'autres phénomènes qui ont été observés dans des conditions analogues ? Voici en effet ce que nous avons pu constater dans un certain nombre d'observations que nous citons plus loin : Plusieurs malades ayant été atteints de troubles fonctionnels, ressemblant à un étranglement atténué : malaise général, nausées, vomissements même, puis douleur locale plus ou moins violente, ont été opérés pour un étranglement vrai, et la vérification anatomique a montré la présence, au milieu d'une hernie du cæcum, d'une inflammation de l'appendice pouvant aller jusqu'à la perforation de ce dernier, soit en dedans, soit en dehors du sac, et même au sphacèle complet.

Dans ces cas, on n'a trouvé aucun engouement stercoral ni aucun agent d'étranglement et il était évident que les phénomènes réactionnels observés étaient sous la dépendance de cette lésion pathologique, ces faits doivent donc aujourd'hui nous forcer à remplacer l'interprétation ancienne dans un certain nombre de cas, et nous devons en conclure que, à toutes les causes précédemment signalées comme pouvant simuler l'étranglement herniaire, il en est une autre à ajouter : c'est l'appendicite herniaire qui a été trouvée dans un certain nombre de cas, et que

l'on pourrait peut-être incriminer dans un plus grand nombre encore ; on peut en effet supposer par induction, que bien souvent on a mis sur le compte de l'engouement ou de l'inflammation des phénomènes qui, en réalité dépendaient d'une appendicite herniaire, mais pour lesquels l'absence de vérification anatomique a enlevé tout moyen de contrôle.

Nous pouvons bien admettre en effet que quelques-unes de ces appendicites herniaires peuvent revêtir une forme atténuée et guérir de la même manière que certaines appendicites légères survenues dans la cavité abdominale.

En somme, parmi les complications des hernies du gros intestin, celles sur lesquelles nous appelons l'attention sont bien, à proprement parler, des péritonites herniaires, mais c'est l'origine de ces péritonites qui, d'après nous, est due à une cause tout à fait spéciale ; au lieu de les interpréter, en effet, en invoquant des traumatismes souvent légers et contestables, ou en invoquant des causes banales tout à fait discutables, nous montrons la cause anatomique évidente et bien spéciale de ces inflammations herniaires.

IV

DE L'APPENDICITE HERNIAIRE

I. **Étiologie.**

Les causes qui peuvent favoriser l'apparition des hernies du gros intestin ne sont pas différentes de celles des autres hernies inguinales.

Cependant on a remarqué que les hernies du gros intestin étaient plus fréquentes chez les gens âgés ; l'âge moyen des individus qui en sont atteints est de cinquante-cinq ans environ. Elles sont aussi plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Sur 100 cas de hernie on les rencontre environ 70 fois chez l'homme. Ces hernies peuvent contenir le côlon, l'S iliaque, mais ce sont surtout le cæcum et son appendice, qui font le plus fréquemment partie des hernies du gros intestin.

Elles peuvent être congénitales ou acquises et nous en

avons indiqué, d'après Tuffier, le mécanisme, nous n'y reviendrons pas.

Au point de vue de la fréquence, on trouve surtout des hernies inguinales et crurales, les autres sont en petit nombre.

Enfin la hernie cæcale siège le plus souvent à droite, mais dans certains cas, par suite de tiraillements exercés sur les ligaments et les mésos, ajoutés à l'obliquité naturelle du cæcum, on voit la hernie siéger à gauche, dans un tiers des cas environ.

Elles sont rapidement passées en revue les causes qui peuvent amener l'apparition des hernies du gros intestin, il nous reste maintenant à examiner l'étiologie de la complication assez fréquente de ces hernies, de l'appendicite herniaire.

Ces causes sont assez obscures ; et on pourrait incriminer un certain nombre de conditions anatomiques qu toutes ne rendent pas exactement compte du phénomène pathologique.

Cet accident arrive en général chez des malades âgés, le plus souvent ce sont des hommes.

Sur les observations que nous avons réunies, nous trouvons huit hommes pour une femme seulement, quant à l'âge de ces malades, il est ordinairement supérieur à cinquante-cinq ans ; nous trouvons deux malades seulement âgés de quarante-six ans, deux de cinquante-cinq et cinquante-six et les autres au-dessus de soixante ans.

Comme donnée qui paraît constante aussi, nous citons celle-ci : En général on rencontre l'appendicite herniaire chez des malades porteurs de vieilles hernies ordinairement très volumineuses, et plus ou moins irréductibles.

Ces malades ont été peu incommodés jusque-là par ces hernies qu'ils maintenaient plus ou moins bien avec un bandage, puis subitement, à la suite d'un choc, d'un traumatisme, d'un effort, d'un excès de table, ou encore de la suspension du port du bandage ils se présentent avec des phénomènes douloureux qui vont en augmentant rapidement et nécessitent une opération.

Mais il semble bien qu'il entre, dans l'étiologie des appendicites herniaires, deux facteurs ; on peut en effet invoquer en premier lieu les causes ordinaires qui font naître l'appendicite quand le cæcum et l'appendice sont dans leur situation normale dans l'abdomen ; mais il est évident que la présence de ces organes dans une hernie crée des conditions de vitalité spéciale qui ont une influence considérable sur le développement de cette complication.

Nous devons donc tout d'abord, rapidement passer en revue les causes ordinaires de l'appendicite normale causes qui ont été particulièrement bien étudiées par Talamon¹.

On a invoqué, comme cause efficiente, la disposition anatomique de l'appendice, qui, trop long, était exposé, dans la hernie, à être comprimé et étranglé.

Très souvent, en effet, l'appendicite est due, soit à une torsion modérée de l'appendice dans la hernie elle-même, soit à une constriction d'un genre quelconque, par une bride qui l'enserre.

D'autres fois, l'appendicite est due à la présence, dans l'appendice lui-même, de corps étrangers, de concrétions fécales.

¹ Talamon, *Appendicite et pérityphlite*, Paris, 1892.

Quelle que soit du reste la cause de cette inflammation, qu'elle soit due à la constriction par brides ou par torsion, qu'elle reconnaisse au contraire pour cause la présence dans l'appendice d'un corps étranger quelconque, le processus pathologique est toujours le même, il y a toujours un autre facteur qui entre en scène, c'est la prolifération microbienne ; la paroi appendiculaire est mise dans un état de *minoris resistentiæ*, les vaisseaux de nutrition n'arrivent plus normalement à l'appendice, il se produit alors une infection microbienne, en tout semblable à celle de l'appendicite ordinaire.

Puis à sa suite il se produit l'infiltration purulente de cette paroi qui amène bientôt sa gangrène et sa perforation plus ou moins aiguë.

Mais il est incontestable que la présence du cæcum dans une hernie doit favoriser le développement des inflammations appendiculaires.

Les cas de hernies du cæcum étant en somme relativement rares, nous sommes en effet frappé d'avoir pu colliger un certain nombre de cas d'appendicite dans les hernies, et cela est d'autant plus frappant que jusqu'à ce jour cette complication n'a nullement été cherchée et qu'elle semble n'avoir été trouvée que par hasard, lorsque l'évidence des faits ne permettait pas une autre interprétation. Il est donc bien probable que la situation même du cæcum dans une hernie doit favoriser le développement des appendicites.

On peut faire à cet égard diverses suppositions qui sont au moins plausibles. Il est évident, par exemple, que la circulation des matières intestinales dans une hernie même lorsque le collet est relativement volumineux,

doit être fort différente de ce qui se passe dans l'abdomen et qu'un certain degré de stagnation doit favoriser les phénomènes inflammatoires.

Il est évident que la torsion de l'appendice a bien des chances d'être réalisée quand le cæcum fait partie d'une hernie ; des coudures peuvent également se produire, enfin des brides peuvent être observées et elles sont capables d'agir sur l'appendice en gênant la circulation des liquides intestinaux à son intérieur.

Mais il nous semble qu'un facteur particulier doit avoir une valeur plus grande encore pour favoriser la production des inflammations, nous voulons parler des conditions éminemment défavorables de la circulation intestinale dans les hernies. Le pédicule, même très modérément serré, agit en gênant la circulation veineuse, en produisant un certain degré d'œdème, d'épaississement ou tout au moins de congestion passive des muqueuses intestinales et ses lésions constituent au plus haut degré le *locus minoris resistentiæ* qui rendra si aptes à la prolifération microbienne les parois intestinales.

Ces troubles circulatoires sont évidemment capables, lorsqu'ils portent sur l'appendice, de faire naître des phénomènes inflammatoires, lorsque des concrétions fécales ou des corps étrangers quelconques siègent dans la cavité de cet organe, alors que peut-être ces corps étrangers eussent été parfaitement tolérés si ces conditions particulières ne s'étaient pas établies.

II. Anatomie pathologique.

Une première remarque que l'on peut faire à propos des hernies du cæcum compliquées d'appendicite, c'est que dans tous les cas il s'agissait d'une tumeur herniaire volumineuse ayant les dimensions d'un poing d'adulte et quelquefois même un volume plus considérable, comparable à celui d'une tête de fœtus.

Dans tous les cas, la hernie était tendue et rénitente ; quant au pédicule herniaire, toutes les fois que dans nos observations on a songé à indiquer son état, c'est pour constater qu'il était volumineux et qu'il n'était pas serré.

Dans un cas seulement, il s'agissait d'une hernie du côté gauche ; dans tous les autres, le siège de la maladie était du côté droit.

Si nous voulons aller plus loin dans l'étude anatomo-pathologique de ces hernies compliquées, il nous faut immédiatement diviser les cas en deux groupes : dans l'un nous voyons l'appendice situé dans la cavité du sac et donnant lieu à des péritonites herniaires ; dans le second groupe constitué dans nos observations par deux cas, l'appendice est en totalité ou en partie extra-péritonéal et son inflammation, au lieu de retentir du côté du sac péritonéal de la hernie, donne lieu à des phénomènes phlegmoneux péri-herniaires, en dehors du sac.

Dans le premier groupe, nous pouvons étudier successivement l'état des enveloppes scrotales, du sac herniaire, de son contenu.

Tantôt les enveloppes scrotales sont normales, ne pré-

sentent pas de signes d'inflammation, et glissent librement sur la hernie; tantôt, au contraire, elles présentent des signes d'inflammation au début caractérisés par de l'œdème, par de la rougeur et par une adhérence relative aux plans sous-jacents.

Cette inflammation du tissu cellulaire des bourses ne paraît pas en rapport avec la date d'apparition des phénomènes de pérityphlite; il est probable qu'ils sont sous la dépendance de l'acuité de l'inflammation du sac herniaire lui-même.

Le sac ne présente pas une augmentation d'épaisseur notable, à sa surface interne on constate simplement des manifestations connues de l'inflammation péritonéale, c'est-à-dire une congestion plus ou moins prononcée dans certains cas un dépoli de la surface, dans d'autres cas encore, des fausses membranes fibrineuses disposées en couches à sa surface.

Le contenu de la hernie présente à considérer la masse intestinale et l'épiploon d'une part, et d'autre part les productions inflammatoires récentes.

L'intestin est représenté par le cæcum et par des anses d'intestin grêle; il peut ne présenter à sa surface que des altérations très minimales : congestion, léger dépoli; d'autres fois, au contraire, il est recouvert de fausses membranes plus ou moins épaisses, mais en général molles et dues évidemment à une exsudation récente.

L'épiploon présente, suivant les cas, des modifications inflammatoires analogues.

L'appendice libre dans l'intérieur du sac herniaire présente des perforations simples ou multiples, parfois une gangrène qui l'a presque complètement sectionné, d'autres

fois des inflammations suppuratives interstitielles développées autour d'une concretion fécale et ouvertes dans la cavité du sac. Il n'est pas besoin d'entrer dans de plus amples détails sur l'état de l'appendice ; il nous suffit de dire que les lésions sont dans tous les cas de la plus haute évidence et qu'elles sont en tout semblables à celles que l'on constate dans les appendicites intra abdominales.

Le sac contient toujours un épanchement liquide dont les caractères sont extrêmement variables.

Tantôt, en effet, on voit un épanchement citrin, transparent, semblable à celui qu'on rencontre dans les sacs, dans les hernies communes de l'intestin grêle. Tantôt il ressemble au liquide des pleurésies, c'est-à-dire qu'il est encore citrin, mais qu'il commence à présenter quelques flocons fibrineux qui le troublent légèrement. Dans d'autres cas, il s'agit d'un liquide franchement purulent, c'est alors un pus fétide, de couleur grisâtre ou roussâtre dont l'odeur peut être fécaloïde ou gangreneuse.

Dans d'autres cas, nous trouvons dans le sac un véritable épanchement stercoral plus ou moins mélangé avec du pus.

En somme, le contenu du sac présente des caractères variés que l'on rencontre dans les collections péritonéales d'origine appendiculaire et qui s'observent dans la fosse iliaque dans l'appendicite classique.

Passons maintenant au second groupe : il est représenté pour nous par l'observation VII de M. Gangolphe et par l'observation IX, une de celles qui nous ont été communiquées par M. Auguste Pollosson. Dans le cas de M. Gangolphe, on constate un volumineux abcès scrotal collecté et limité ; le pus d'odeur fécaloïde ne présente ni

gaz, ni matières. Cet abcès est situé tout à fait en dehors du sac, dont il paraît presque complètement indépendant, puisqu'il guérit par une simple incision, sans que dans la première opération on ait eu à s'inquiéter de la hernie.

Sur la face profonde de cet abcès, on ne constate pas l'ouverture de l'appendice et nous voyons que l'origine appendiculaire de cette suppuration n'a pu être soupçonnée que dans la seconde opération. Dans l'observation IX de M. Auguste Pollosson on constate une collection suppurative dans le tissu cellulaire des bourses contre la face externe du sac, mais le pus moins abondant n'est point aussi bien collecté et est entouré d'une zone phlegmoneuse jaunâtre diffusant dans le tissu cellulaire autour de la collection.

Dans ce cas, comme dans le précédent, on ne vit pas tout d'abord la connexion de l'abcès avec l'appendice et cette constatation ne fut faite qu'après l'ouverture du sac.

L'existence d'un abcès collecté dans un cas, d'une zone phlegmoneuse dans l'autre, est évidemment en rapport avec la marche plus chronique et la date plus ancienne du processus inflammatoire dans le premier cas, avec la marche plus aiguë et la date plus récente dans le second.

Le sac, dans ces deux cas présentait sur un de ses points une adhérence charnue, large, c'est-à-dire que le cæcum était incomplètement revêtu par le péritoine; le contenu de la hernie différait assez sensiblement; dans le cas de M. Gangolphe, on trouve l'intestin et l'épiploon agglutinés entre eux et au sac par des adhérences anciennes; dans le cas de M. A. Pollosson, on ne trouve pas d'adhérences et le sac contient une certaine quantité de liquide citrin; cette différence est évidemment due encore

à la marche chronique du premier cas, à la marche plus rapide du second.

Quant à la situation de l'appendice, elle est intéressante à noter : dans le cas de M. Gangolphe on constate la présence de cet organe dans l'épaisseur même de la paroi du sac, au point où ce sac épaissi correspond à l'ancien abcès.

Sur cet appendice, on ne trouve pas de trou de perforation et c'est sa situation contre les parois de l'ancienne collection purulente qui permet de penser que l'origine de cette suppuration péri-herniaire était l'inflammation de l'appendice.

Dans le cas de M. A. Pollosson, l'appendice est en grande partie intra-péritonéal et c'est seulement son extrémité qui est située en dehors du sac. Dans ce cas, l'ulcération de la pointe de l'appendice au point où il était en contact avec l'abcès était tout à fait évidente. On peut penser que la situation à la fois intra et extra-péritonéale de l'appendice est la cause de l'allure rapide et de la gravité toute particulière de l'affection dans ce cas. En effet, outre l'abcès extra-sacculaire, il existait incontestablement un certain degré d'inflammation intra-péritonéale démontrée par le liquide épanché dans le sac.

L'observation de M. Auguste Pollosson nous montre donc pour ainsi dire une transition entre les cas d'abcès extra-sacculaire et ceux de péritonite herniaire, qui constituaient notre premier groupe.

Faisons remarquer immédiatement que ces constatations anatomo-pathologiques sont bien en rapport avec l'allure clinique des cas.

III. Symptomatologie, diagnostic et pronostic.

Si, pour établir le symptomatologie des appendicites dans les hernies, nous voulions faire une étude analytique de chacun des symptômes locaux ou généraux que nous trouvons consignés dans nos observations, nous n'arriverions pas, il nous semble, à faire de cette complication un portrait ressemblant.

Les symptômes généraux ressemblent trop à ceux de l'étranglement herniaire, les phénomènes locaux ressemblent trop à ceux de l'inflammation; c'est plutôt dans la marche de l'affection et dans le groupement des symptômes qu'il faut chercher l'allure clinique et, nous le voudrions, la caractéristique de cette sorte de complication.

Il s'agit toujours, et c'est là un point important sur lequel nous ne saurions trop revenir, il s'agit toujours de hernies volumineuses; le plus souvent de hernies existant depuis longtemps, depuis 4, 12, 15 ans. Le cas de Bier (obs. VI) paraît relatif à une hernie de date récente, mais l'auteur met lui-même en doute les assertions de son malade à ce sujet.

Dans presque tous les cas, on constate que la hernie ancienne, habituellement réductible d'une manière plus ou moins complète, a subi, depuis quelques jours, ou depuis quelques semaines, une augmentation brusque et notable de volume et l'irréductibilité s'établit en même temps que cette augmentation de volume.

Jusque-là nous n'avons affaire qu'aux signes que nous

avons précédemment considérés comme pouvant faire penser à une hernie du gros intestin.

Lorsqu'une appendicite apparaît dans de semblables hernies elle s'accompagne de phénomènes nouveaux. Les phénomènes que nous allons étudier peuvent débiter au moment même où la hernie a subi son augmentation et est devenue irréductible, mais dans quelques cas, ils ne se montrent qu'au bout de quelques jours.

Lorsque les phénomènes inflammatoires apparaissent en même temps que la hernie augmente de volume et devient irréductible, on peut penser que le cæcum faisait déjà depuis un certain temps partie de la hernie et que l'irréductibilité ainsi que la tuméfaction herniaire sont l'une et l'autre sous la dépendance de l'inflammation appendiculaire et de la péritonite herniaire qui en est la conséquence.

Dans ces cas, les phénomènes résultant de l'inflammation évoluent rapidement, et c'est en général au bout de deux ou trois jours que le chirurgien a été conduit à une intervention dans les observations que nous avons sous les yeux.

L'évolution brusque des symptômes, peut évidemment, dans ces cas, faire penser à un véritable étranglement, c'est l'examen du pédicule qui devra faire rejeter cette hypothèse. Non seulement ce dernier est volumineux et ne présente pas une consistance ferme, mais il est à peu près complètement indolore à la pression. On devra penser à autre chose qu'un étranglement, soit en raison de l'examen de ce pédicule soit en raison de la notion générale que l'étranglement est plus rare dans les très grosses hernies.

Bien souvent, on voit apparaître d'une manière rapide des symptômes d'inflammation au niveau de la hernie et la peau du scrotum est rouge, œdématiée, tendue et douloureuse. Cet état local fera naturellement penser à une péritonite herniaire, et fera rejeter l'idée d'un étranglement, les symptômes étant suffisamment expliqués par l'inflammation de la hernie.

Faut-il chercher alors à faire le diagnostic entre les inflammations herniaires anciennement décrites et les inflammations d'origine appendiculaire : nous croyons que la chose est impossible, et si en pareil cas, dans l'avenir, on pense à l'appendicite, ce sera évidemment parce qu'on saura que telle est l'origine possible de l'inflammation des grosses hernies, et parce que des causes effectives telles que le traumatisme feront défaut dans l'histoire du malade.

Les phénomènes locaux s'accompagnent de symptômes généraux : nausées, vomissements alimentaires, puis fécaloïdes, douleurs abdominales, ballonnement du ventre, puis dépression du pouls et facies grippé. Ces symptômes généraux sont à peu près semblables dans les évolutions à ceux que donnera un étranglement vrai ; peut-être peut-on dire qu'ils sont moins prononcés au début et qu'ils acquièrent une gravité plus grande tardivement, mais ce sont là des distinctions évidemment un peu trop subtiles pour qu'elles aient une valeur technique.

Les phénomènes inflammatoires locaux, le volume de la hernie et l'état du testicule, tels sont en somme les principales raisons qui doivent faire songer à une appendicite.

Peut-on demander des renseignements à la température ? Nous sommes à cet égard encore mal renseigné.

Dans deux de nos cas on note une élévation très légère de la température, mais sans préciser par des chiffres le degré de la fièvre.

Nous espérons que des renseignements ultérieurs viendront combler cette lacune et peut-être fournir là un nouvel élément de diagnostic.

Dans un certain nombre de cas on voit l'augmentation de volume de la hernie et l'irréductibilité s'établir sans aucun symptôme d'étranglement ni d'inflammation herniaire. Dans ces cas, les phénomènes locaux se bornent à une gêne, à une pesanteur et à une douleur très modérées, les phénomènes généraux sont nuls et le cours des matières et des gaz n'est nullement interrompu. Puis, au bout d'un certain temps, quelques jours ou quelques semaines apparaissent des phénomènes généraux semblables à ceux que nous avons précédemment décrits; à partir du moment de leur apparition, ils évoluent avec une grande rapidité et bien vite commandent une intervention. Dans ces cas, il est probable que le gros intestin s'est engagé dans la hernie au moment où elle est devenue irréductible et que les phénomènes d'appendicite n'ont débuté qu'au moment où se sont montrés les symptômes d'étranglement ou de pseudo-étranglement.

Dans les cas de ce genre, en général au bout de trente-six ou quarante-huit heures, on a été conduit à intervenir, mais nous croyons à l'heure actuelle que le diagnostic étant fait, on devrait opérer d'une manière plus hâtive et que la kélotomie doit être pratiquée dès que, dans une grosse hernie réductible, on voit apparaître des symptômes d'étranglement.

Est-il possible maintenant d'établir la symptomato-

logie des appendicites lorsque l'inflammation suppurative se manifeste en dehors du sac? L'examen de nos cas nous conduit à une double réponse : si l'appendicite a donné lieu à une suppuration extra-sacculaire et simultanément à un début de péritonite herniaire, ce seront évidemment les phénomènes d'inflammation extra-sacculaire qui domineront en scène ; si au contraire la suppuration du tissu cellulaire qui environne le sac ne retient pas sur le péritoine, les signes qu'on aura sous les yeux seront uniquement ceux que pourrait fournir un abcès scrotal développé au voisinage d'une hernie et indépendamment de celle-ci.

Les symptômes généraux faisant complètement défaut l'évolution sera lente, progressive et rien ne viendra demander au chirurgien une intervention hâtive. Nous voyons en somme qu'il n'y a pas de signe vraiment pathognomonique de l'appendicite herniaire, pas plus d'ailleurs que dans la plupart des diagnostics chirurgicaux ou médicaux. Mais le groupement de quelques symptômes et la marche de l'affection peuvent dans certains cas donner au diagnostic une grande probabilité. Le premier élément d'ailleurs pour reconnaître cette complication est de savoir qu'elle existe, et, devant un cas donné, de songer qu'on peut avoir affaire à elle.

Essayons maintenant de dire quel est le pronostic de cette complication. Il est évident, tout d'abord, que la gravité doit être d'autant moindre que l'intervention chirurgicale sera plus précoce ; car on ne peut pas songer à un traitement médical.

Si on voulait établir le pronostic d'après les observations que nous avons réunies, on penserait que la gravité

est modérée ; sur deux cas de mort, en effet, nous en voyons un, dû au tétanos, c'est-à-dire à une complication à l'abri de laquelle on peut se tenir à présent, l'autre cas est évidemment imputable à une intervention trop tardive. Mais ce serait se leurrer que de juger de la gravité par les quelques cas que nous avons réunis. Ce sont en effet des cas isolés que nous avons trouvés, et il est bien probable que dans la période récente, et surtout dans la période ancienne, les cas malheureux n'ont pas été publiés.

Si l'on songe en effet qu'autrefois on n'intervenait à peu près jamais pour les grosses hernies, si l'on songe également à la gravité connue de la péritonite herniaire (qui souvent a pu être d'origine appendiculaire), nous serions plutôt conduit à penser qu'il s'agit d'une complication extrêmement grave, en dehors des conditions d'une intervention précoce.

IV. **Traitement.**

Les idées que nous avons émises sur le pronostic, le fait que nous attribuons aux appendicites herniaires, une véritable gravité plus grande même que ne l'indiquaient nos cas, nous conduisent tout d'abord à l'idée de faire le plus souvent possible un traitement préventif. Même en admettant qu'on ne soit pas disposé à faire la cure radicale dans toutes les hernies non étranglées, on devra au moins se comporter d'après la formule de Trélat, et faire la cure radicale toutes les fois que la hernie sera incomplètement ou difficilement maintenue réduite.

Nous serons conduit par cette règle à intervenir dans presque tous les cas de hernie volumineuse du gros intestin.

Lorsque l'irréductibilité apparaît, au lieu de temporiser avec les moyens anciens : glace, repos au lit, diète sévère, on devra, croyons-nous, intervenir le plus souvent possible ou tout au moins proposer au malade une intervention en lui faisant comprendre qu'il est exposé à une complication grave qui rendrait l'intervention urgente dans des conditions défavorables.

Si maintenant on considère les cas où l'inflammation herniaire débute et les phénomènes généraux commencent à se manifester, on devra songer de suite à la possibilité d'une appendicite : la temporisation n'est plus discutable, elle serait une faute grave, il faut intervenir de suite chirurgicalement.

On fera l'incision classique de la kélotomie, on isolera le sac des tissus ambiants : cette manœuvre d'énucléation de la hernie est particulièrement nécessaire, puisqu'elle permettra de découvrir, lorsqu'elles existeront, les suppurations péri-sacculaires. On devra alors ouvrir le sac avec précaution, de préférence à sa partie antérieure : on explorera alors le contenu, on devra procéder immédiatement à une désinfection soigneuse des parois du sac et des masses intestinales et épiploïques qui y sont renfermées ; cette désinfection sera faite par des lavages abondants à l'eau boricquée ou à l'eau bouillie ; on essuiera également avec soin, au moyen de tampons aseptiques les surfaces qui sont recouvertes de produits septiques et de fausses membranes. S'il existe des adhérences, on les dégagera avec soin, on pourra alors appliquer la résection de l'appendice au voisinage de son insertion cæcale, on pourra sectionner cet organe après une ligature au fil de soie faite à sa partie inférieure, et on aura soin de cautériser la

surface de section. On pourra, si on ne craint pas de consacrer quelques instants de plus à son opération, oblitérer la section par une suture séro-séreuse ; les masses épiploïques seront avantageusement réséquées le plus haut possible après avoir été attirées en bas, et, après, ligature au fil de soie. En procédant ainsi vis-à-vis de l'épiploon, on facilitera la réduction et on évitera de rentrer dans la grande cavité péritonéale un agent d'infection.

On devra alors se porter du côté du collet, l'explorer avec le doigt, pour s'assurer qu'il n'y a pas de constriction à ce niveau ; bien que d'ordinaire il n'y ait pas un étranglement véritable à ce niveau ; il sera bon, le plus souvent, croyons-nous, d'agrandir les anneaux, soit par section pour faciliter la réduction ; il est, en effet, souvent difficile de faire rentrer dans l'abdomen même, à travers un orifice non serré, une masse aussi volumineuse que le cæcum, surtout si ses parois sont plus ou moins infiltrées et épaissies.

Si l'inflammation herniaire n'a pas été très vive, si le liquide contenu dans le sac est simplement citrin et n'a pas de mauvaise odeur, on pourra rentrer non seulement les intestins, mais le sac après avoir refermé par une suture l'ouverture faite à celui-ci. On pourra et on devra, dans ce cas, compléter l'opération par une suture des plans aponévrotiques, c'est-à-dire, pratiquer une cure radicale. Cette conduite est particulièrement indiquée dans les cas où pour réduire, on a été obligé d'agrandir les anneaux.

Si l'inflammation a été plus vive, si la hernie contenait un liquide fusiforme, des fausses membranes ou des matières fécales, il serait sans doute plus prudent de ne pas refermer le sac, de le laisser au dehors en ne rentrant

dans l'abdomen que la quantité de sac nécessaire à la réduction du gros intestin. On pourra en plus, dans ces cas, maintenir dans le trajet inguinal une mèche de gaze aseptique permettant l'écoulement pour la plaie des sécrétions péritonéales et agissant plus ou moins de façon à limiter l'inflammation qui pourrait survenir du côté du péritoine.

Si l'inflammation herniaire a déterminé sur l'intestin des lésions avancées, si l'on estime par l'impression que l'on a eu, que la désinfection a été insuffisante, on serait évidemment mis dans l'impossibilité de réduire, et conduit à établir un anus contre-nature, et ultérieurement on ferait le traitement de cet anus anormal s'il ne s'est pas spontanément oblitéré.

Il est incontestable aussi que l'état général du malade peut être assez mauvais comme dans un des cas de M. Auguste Pollosson, pour indiquer l'établissement d'un anus contre-nature en s'opposant à une opération de longue durée.

Si l'appendicite a donné naissance à une suppuration extra-sacculaire, si en même temps la cavité du sac est enflammée, on pourra être amené également à établir un anus contre-nature, pour ne pas être obligé de réduire une partie du sac infecté. On sent en effet que la réduction du cæcum nécessite la réduction d'une partie du sac.

Si l'abcès extra-sacculaire ne s'accompagne d'aucune inflammation dans le sac, si les symptômes généraux sont nuls, on devra comme l'a fait M. Gangolphe, se contenter d'ouvrir et d'évacuer l'abcès et attendre la guérison complète de ce foyer suppuré avant de compléter le traitement par une intervention ultérieure de cure radicale.

V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hernie inguinale droite interne, étranglée, avec gangrène de l'appendice. (Pistory, Clinique allemande de Berlin, 1850, II, p. 416). *Guérison.*

F. L..., natif de Niederschleing (Autriche), âgé de cinquante-cinq ans, marié, exerçant la profession de maître cordonnier.

A eu il y a trois ans une fièvre typhoïde; jamais d'autre affection.

Le malade souffrait déjà depuis douze ans d'une hernie; le port d'un bandage l'avait jusqu'alors entièrement soulagé.

Le 16 décembre 1849, le malade ayant mangé un peu plus que d'ordinaire au repas du soir, ressentit pendant la nuit une violente douleur dans la région inguinale droite.

Alors, recherchant la cause de sa douleur, il remarqua que sa hernie avait augmenté de volume; elle se trouvait devant le scrotum, et le malade ni le médecin qui le vit ensuite ne purent arriver à la réduire.

Le médecin ordonne des compresses chaudes, rien n'y fit, et peu de temps après, on vit apparaître les symptômes de l'étranglement. Le malade eut le hoquet, puis des nausées et des vomissements d'abord alimentaires puis fécaloïdes.

En même temps il ressent de violentes douleurs dans la région iliaque droite, et c'est sur les conseils de son médecin qu'il se présente dans la salle de notre clinique le 17 décembre.

A l'examen qui est fait immédiatement à son entrée on trouve une tumeur qui s'étend de l'anneau inguinal au scrotum ; elle a la forme d'un tronc de cône. Elle est légèrement élastique et rénitente.

La percussion donne un bruit sourd. L'enveloppe de la tumeur est normale ; la température s'est un peu élevée, et le pouls est légèrement accéléré.

Le malade se plaint de douleur dans la région des testicules et aussi dans le creux épigastrique ; les hoquets et les vomissements augmentent de fréquence ; la constipation est presque absolue, la réduction de la tumeur est impossible.

Opération. — Cette énumération de symptômes donnait en entier le tableau de l'étranglement, et comme une opération seule pouvait sauver le malade, elle fut tentée le 18 décembre par le professeur Schuh, et de la façon suivante :

Il fait une incision de la tumeur, la peau est incisée au bistouri et les parties sous-jacentes sectionnées sous la sonde cannelée, jusqu'au sac herniaire.

Dans le sac, on sent une fluctuation qui dépend de liquide contenu non pas dans le sac, mais dans les intestins.

Le sac herniaire est ouvert avec précaution, l'anneau débridé avec un bistouri boutonné, et l'incision conduite en haut pour éviter la blessure de l'artère épigastrique.

Le contenu de la hernie se compose du cæcum et de l'appendice déjà perforé en plusieurs endroits.

Le cæcum est remis en place, mais l'appendice est abandonné dans la plaie après une suture à son extrémité supérieure.

Traitement et cours de la maladie. — Le 18 décembre, après l'opération, des compresses froides furent appliquées sur la plaie.

Le soir à la suite d'un lavement, issue d'un peu de matières fécales. Pouls fréquent.

19 décembre. — Le malade a passé une nuit tranquille. L'état général est satisfaisant, le pouls légèrement accéléré. Diète.

20 décembre. — L'appendice est gangrené en grande partie. Pouls normal. Le soir un lavement.

21 décembre. — Le malade a peu dormi. Dans la nuit une selle dure. La plaie est fétide. L'appendice gangrené est enlevé. Le soir un lavement.

22 décembre. — Compresse froide sur la plaie. Le soir lavement et émission consécutive de pus.

24 décembre. — La plaie est propre et nette ; en la pressant, il s'échappe un peu de matières fécales mêlées de sang, les compresses froides sont abandonnées. Le soir un lavement.

26 décembre. — La plaie laisse sortir un pus de bonne nature. L'état général est satisfaisant.

28 décembre. — La plaie est nette. Par l'ouverture de l'appendice on voit sortir une grande quantité de matières fécales. Le soir un lavement. Une selle.

30 décembre. — Le malade dort bien, la plaie a bon aspect. Un lavement. Une selle.

1^{er} janvier 1850. — La plaie suppure encore un peu. Etat général satisfaisant.

4 janvier. — Nuit tranquille. Selle spontanée. Alimentation légèrement augmentée.

8 janvier. — Diarrhée et douleurs dans le bas ventre, langue chargée. Diète sévère.

10 janvier. — La plaie suppure peu. Début de la cicatrisation. Bourgeonnement de la plaie.

14 janvier. — La plaie se retient de plus en plus. Selles spontanées.

16 janvier. — Bourgeons exubérants sur la plaie, cautérisation au nitrate d'argent.

20 janvier. — La plaie est très rétrécie, les matières fécales ne se voient plus ; la cicatrisation fait de rapides progrès.

24 janvier. — La plaie a presque entièrement disparu.

28 janvier. — Cicatrisation complète. Etat général excellent.

On applique au malade, un bandage qu'il supporte sans douleur, et il est renvoyé guéri de notre clinique le 30 janvier.

Il jouit depuis ce moment d'une excellente santé.

OBSERVATION II

(Herbett, *Medical Times and Gazette*, 1878)

Enorme hernie inguinale gauche, contenant l'intestin grêle, le cæcum, le côlon. Phénomènes d'étranglement. Opération. Mort.

Un homme de soixante cinq ans, souffrant depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche qu'il pouvait réduire et qu'il maintenait avec un bandage.

Un jour, subitement, la hernie sort, augmente de volume et devient bientôt irréductible.

On note alors les phénomènes ordinaires de l'étranglement, la tumeur est modérément tendue, elle est douloureuse et irréductible. Nausées. Vomissements.

Opération : Après huit jours d'attente et les accidents ne s'amendant pas, on opère le neuvième jour.

Incision de la tumeur. Ouverture du sac. On trouve à l'intérieur une masse énorme d'intestin perforé qui a amené au dehors l'issue de matières stercorales, et l'apparition d'une péritonite herniaire.

La mort survient au bout de douze heures.

Autopsie : On trouve dans le sac, l'intestin grêle, le côlon, le cæcum et son appendice. Ce dernier présente vers sa base une ulcération assez étendue qui a donné issue aux matières stercorales.

OBSERVATION III

(Jalaguier. Congrès de chirurgie, 1888.)

Hernie inguinale droite contenant l'intestin grêle, le cæcum et l'appendice. Pseudo-étranglement. Opération, guérison.

X. V..., le malade est âgé de quarante-six ans, il est porteur d'une hernie inguinale droite, depuis quatre ans ; jusqu'ici cette hernie a été bien maintenue par un bandage, elle s'est toujours réduite et n'a jamais occasionné de douleur.

Le 19 décembre 1887, la hernie sort et devient bientôt irrédactable, le malade entre alors à l'hôpital Saint-Antoine.

A son entrée, la hernie a augmenté de volume, et le malade a souffert et s'est vu condamné à rester au lit. Il a en même temps, quelques nausées et quelques vomissements.

Trois jours après, la hernie a le volume d'un gros œuf et occupe la région inguinale et les $\frac{2}{3}$ supérieurs du scrotum. La peau est rouge, œdématiée ; la pression de la région réveille chez le malade une violente douleur. Néanmoins, l'état général reste satisfaisant. Le poulx est bon, le ventre est légèrement ballonné, le malade présente un peu de facies abdominal.

L'état général ne s'améliore pas, les vomissements et le ballonnement augmentent.

On se décide à opérer.

Opération. — Incision de la tumeur. Ouverture du sac. A l'ouverture, il s'échappe un liquide séro-sanguinolent en assez grande abondance, puis on trouve une anse d'intestin grêle ecchymosée et recouverte d'abondants exsudats, en outre, on trouve l'appendice vermiforme adhérent à l'intestin et gangrené dans une étendue de 8 centimètres environ.

Au niveau de l'anneau, pas d'altération ni de signes d'étranglement sur l'intestin ; puis on trouve au-dessous du sac, le cæcum.

Ce dernier descendant à la partie postérieure externe du sac herniaire, à trois travers de doigt au-dessous de l'orifice inguinal. Il ne présente pas non plus de signes d'étranglement. Après avoir reconnu le contenu de la hernie, on réduit le cæcum et l'intestin grêle.

Restait l'appendice vermiforme gangrené, énorme et d'une longueur de 9 centimètres ; au-dessus de sa partie moyenne, on trouve une escarre arrondie et au-dessous une plaque de sphacèle de 3 centimètres.

L'appendice est sectionné, on suture son extrémité. Pansement consécutif. Guérison s'effectue sans aucune complication.

OBSERVATION IV

(Obs. VIII. *Correspondenz Blatt für Schweiz. Aertze*, 1890, Krönlein).

Hernie crurale droite.

Femme G..., soixante-ans, blanchisseuse de Wetziken, entrée à l'hôpital le 19 avril, avec des phénomènes de péritonite dans le sac herniaire ; elle a eu, pendant déjà plusieurs jours, des phénomènes de pseudo-étranglement.

Opération. — L'opération est décidée en présence de la persistance des accidents. Hernio-laparotomie. A l'ouverture de la tumeur, on trouva le sac herniaire rempli d'un contenu fécaloïde, assez abondant.

Ce pus fécaloïde provenant de l'appendice vermiciforme que l'on trouve dans le sac, accompagné du cæcum. Cet appendice est congestionné, infiltré, épaissi, et perforé en deux endroits.

Une grande quantité de pus et de matières stercorales, disséminés entre les lacets de l'intestin grêle non étranglé, furent retirés du petit bassin.

On fait la résection du sac herniaire et de l'appendice perforé, drainage de la cavité abdominale par une mèche de gaze iodoformée et on laisse un gros drain dans la plaie.

Par la suite, l'état général s'améliora, la fièvre disparut peu à peu et la patiente fut bientôt capable de partir.

OBSERVATION V

(Du Dr Perrin fils : *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1890)

Perrin fils relate un cas de *hernie avec phénomènes d'étranglement, hoquet, nausées, vomissements.*

Il l'opère le quatrième jour et trouve le cæcum et l'appendice gangrenés.

Il a dû se contenter de faire un anus contre-nature qui a rétabli complètement les fonctions abdominales, le hoquet, les vomissements avaient cessé, la malade était en voie de guérison.

Dix jours après l'opération, elle succombait au tétanos.

OBSERVATION VI

Hernie inguinale externe enflammée contenant l'appendice vermiciforme par Bier, *Deutsch. medical Wochenschrift*, 1892, p. 543).

Anamnestiques. — Le patient a toujours eu une bonne santé antérieure.

Le 18 septembre 1892, sans cause connue, il voit apparaître de la région inguinale droite, une tumeur d'abord peu volumineuse qui augmente peu à peu de volume et devient bientôt douloureuse.

Le 20 septembre le malade entre à l'hôpital; à son entrée, on trouve dans la région inguinale droite une tumeur allongée qui s'étend depuis la tête du scrotum jusque dans le canal inguinal. Elle accompagne le cordon spermatique. Sa grosseur peut être évaluée approximativement à celle d'un gros œuf de poule. Elle est légèrement étranglée en son milieu, et revêt la forme d'un sablier. La tumeur est extraordinairement tendue et très sensible à la pression. On n'y remarque pas de fluctuation. Derrière la tumeur, on sent nettement le testicule et l'épididyme. La peau du scrotum est tendue, rouge et fortement œdématiée.

On porte alors le diagnostic de hernie inguinale externe enflammée.

Opération. — On pratique alors la herniotomie.

Après une incision de la tumeur dans le sens de sa plus grande dimension, on arrive sur le sac dont on déchire facilement les adhérences et qu'on peut suivre presque dans le canal inguinal.

En essayant d'ouvrir le sac on le trouve fortement adhérent en arrière avec son contenu.

On l'ouvre entre deux pinces, et il en sort un liquide clair et légèrement citrin.

Comme contenu de ce sac, on trouve le cæcum par sa partie la plus inférieure et l'appendice vermiforme qui est congestionné et adhérent au sac sur tout son pourtour.

A environ 2 centimètres de son ouverture dans le cæcum, l'appendice est sectionné entre deux ligatures; la séreuse est renversée et cousue en manchette.

Le cæcum est réduit sans difficulté.

Dans l'anneau herniaire qui est très étroit, on introduit une bande de gaze iodoformée.

L'appendice vermiforme, que l'on vient d'amputer, est ensuite coupé suivant sa longueur. On le trouve perforé à sa partie supérieure et sous le point perforé se trouvent trois concrétions fécales contenues dans un abcès.

Cet abcès a la grosseur d'un grain de chanvre et les concrétions fécales qu'il contient sont recouvertes d'une enveloppe de carbonate de chaux.

Il communique librement avec l'ouverture de l'appendice dont la tunique musculaire est infiltrée et fortement épaissie.

27 septembre. — La plaie va bien; on enlève le premier pansement et la bande de gaze iodoformée.

10 octobre. — Le patient est guéri et sort de l'hôpital.

Note de l'auteur. — Le malade affirme que la hernie s'est déclarée deux jours seulement avant l'opération. Probablement l'appendice formait déjà depuis longtemps le contenu d'une hernie inguinale dont le patient n'a eu connaissance, qu'à la suite de l'inflammation de l'appendice.

OBSERVATION VII

(Gangolphe, chirurgien des hôpitaux, *Lyon Médical*, 1892)

Hernie cæcale compliquée. — Appendicite dans un sac herniaire. — Cure radicale. — Guérison.

F. J..., quarante-six ans, journalier, entre le 12 avril 1891, salle Saint Pothin.

Pas d'antécédents personnels, ni héréditaires.

Volumineuse hernie inguino-scrotale droite datant d'une quinzaine d'années environ. Assez facilement réductible au début, elle était devenue partiellement irréductible depuis quelques années. Le malade raconte du reste qu'il a porté très irrégulièrement un bandage et même que depuis trois ans il ne s'est pas préoccupé de maintenir sa hernie.

Il n'en souffrait plus et n'éprouvait aucun trouble digestif. Il y a douze jours environ, sans cause appréciable, il vit brusquement la hernie augmenter de volume et surtout devenir douloureuse dans l'espace de quelques heures.

Il continua néanmoins à travailler, mais avec peine, et fut bientôt obligé de garder le lit à cause des douleurs qui devenaient de plus en plus vives, il se décida alors à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate une volumineuse hernie scrotale droite du volume d'une tête d'enfant, le scrotum est rouge, chaud, très sensible à la pression à la partie inféro externe. A l'extrémité inférieure de la hernie on reconnaît le testicule, l'épididyme et la tunique vaginale qui sont sains.

Malgré la sensibilité de la région, on peut constater la présence de la sonorité en certains points et ailleurs de masses dures. Le collet paraît large et peu douloureux.

A part cela, conservation presque parfaite des fonctions digestives; l'appétit est assez bien conservé, les selles peu régulières n'ont jamais fait défaut pas plus que les gaz. Aucun vomissement. Le ventre n'est ni douloureux ni ballonné. La température est normale.

On met en dehors de toute discussion l'idée d'un étranglement comme cela arrive quelquefois dans les grosses hernies adhérentes et l'on admet une inflammation de la hernie produite peut-être par une petite perforation intestinale.

Il n'était guère douteux en effet de voir suppurer le foyer, tant les symptômes étaient localisés et peu accentués. Le repos absolu au lit, la demi-diète, l'emploi de vessies de glace furent les seuls moyens de traitement mis en usage les jours suivants; même état qu'à l'entrée.

Le 21 avril, incision large d'un abcès scrotal contenant un bon verre de pus très fétide, mais ne contenant ni gaz ni corps étranger, ni matière fécales. En raison de l'odeur nous soupçonnâmes bien le point de départ de la suppuration, mais notre attente fut déçue car nous pensions retrouver dans le pus le corps du délit. La suppuration tarit rapidement et le foyer drainé et pansé fut complètement guéri vers le 10 septembre.

A partir de ce moment, la tuméfaction, qui avait beaucoup diminué, s'amenda peu à peu ; le repos au lit, le régime laxatif, l'application de compresses froides réduisirent la hernie au volume des deux poings.

Elle était complètement indolore et paraissait formée d'une masse épiploïque et d'anses intestinales difficiles à contenir par un bandage.

Nous nous décidâmes alors à tenter la cure radicale. Le 25 octobre, le malade est anesthésié et après désinfection soigneuse, l'opération est faite dans les conditions suivantes :

Incision de 8 à 10 centimètres suivant le grand diamètre de la hernie comprenant la peau et les tissus sous-cutanés jusqu'au sac exclusivement.

Celui-ci est ouvert dans un point libre de toute adhérence et l'on découvre alors une masse épiploïque volumineuse qui paraît adhérer à la surface interne du sac. On parvient à dégager néanmoins l'épiploon, avec l'aide du bistouri.

Ceci fait, nous reconnaissons qu'il existe dans l'intérieur même de l'épiploon une sorte de sac contenant de l'intestin grêle dont la réduction est facile et totale.

L'opération nous paraissait terminée, il restait seulement à achever de détruire les adhérences épiploïques avec la partie externe du sac ancien, lieu d'ouverture de l'abcès, à extirper épiploon et sac après désinfection de ce dernier.

En cherchant à distinguer le cordon et à l'isoler, nous arrivâmes jusqu'à la queue de l'épididyme, et à notre grand étonnement, il y avait là, en apparence dans l'épaisseur même du sac, comme un second cordon de la grosseur d'un porte-plume adhérent à l'épididyme et aussi à la cicatrice de l'abcès. Après un moment

d'hésitation, il nous vint à l'esprit que ce pouvait être l'appendice vermiforme.

Après l'avoir isolé à la sonde cannelée, une très petite incision longitudinale fut faite et confirma notre hypothèse en nous montrant la cavité muqueuse centrale.

Une ligature à la soie très serrée fut jetée au-dessus de l'incision complètement obstruée du reste par une pince hémostatique; puis, appendice et pince furent entourés de gaze pour éviter l'infection. Nous nous préoccupâmes alors de la recherche et de la libération du cæcum.

Ce dernier temps nous donna quelque peine à cause des adhérences de l'intestin perdu au milieu de l'épiploon. Peu à peu les adhérences furent complètement détruites jusqu'au niveau du collet et avec le doigt, plus haut encore restait alors à traiter l'épiploon, l'appendice vermiforme, le gros intestin et le sac. Quatre ligatures en chaîne jetées sur l'épiploon, celui-ci fut réséqué : il pesait 5 à 600 grammes. L'appendice fut fortement lié à sa base avec de la soie et sectionné au thermocautère; la surface cruentée fut cautérisée très soigneusement; sa sécheresse et la réduction de son volume ne nous parurent pas mériter que nous lui fissions un capuchon séreux. Le gros intestin fut alors réduit et maintenu pendant la dissection et la résection du sac, donc il fallut cependant abandonner çà et là quelques points très adhérents au scrotum. Le collet très large fut fermé à la fois par plusieurs ligatures au catgut et aussi par les sutures étayées.

On sutura la plaie superficielle avec des fils métalliques, sauf en un point occupé par une longue mèche de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent simples et la réunion immédiate obtenue.

Aujourd'hui, deux mois à peine après l'opération, on peut constater l'absence de toute récurrence, cependant nous avons conseillé au malade de porter un bandage encore pendant plusieurs années.

Remarques de l'auteur. — L'intérêt qui présente ce fait ne réside pas seulement dans sa rareté relative, mais encore dans les considérations thérapeutiques auxquelles il donne lieu.

Il ne paraît pas faire exception aux règles posées par Tuffier. Nous nous sommes trouvé en face d'une hernie caecale compliquée de la présence de l'intestin grêle, de l'épiploon et probablement d'une partie du côlon ascendant. Cette hernie s'est accompagnée d'appendicite restée heureusement limitée et n'ayant donné lieu qu'à des phénomènes locaux grâce auxquels on aurait peut-être pu poser un diagnostic ferme.

Le cæcum et l'appendice perdus dans les adhérences épiploïques, placés en apparence dans les parois du sac devaient avoir été primitivement libres dans son intérieur. Mais tout à fait en dehors et en haut, le caractère des adhérences des parois scrotales avec l'intestin nous permet de supposer que le côlon était descendu secondairement et s'était dépouillé en partie de sa séreuse pour satisfaire à la distension du sac dès lors incomplet.

En un mot cette hernie offrait les deux sortes d'adhérences admises par M. Boiffon dans sa thèse : adhérences par inflammations (épiploon, appendice, cæcum), adhérences par glissement (commencement du côlon).

Ces circonstances augmentaient sans doute les difficultés opératoires, mais elles pouvaient surtout donner lieu à une terrible méprise en dissimulant la présence de l'intestin méconnu, il était évidemment lié et réséqué avec la masse volumineuse de l'épiploon.

C'est en disséquant le canal déférent et le sac que nous avons découvert par hasard, pour ainsi dire, l'appendice vermiforme, et nous étions si peu fixé sur la présence non seulement du côlon, mais du cæcum, que c'est en nous rappelant les détails cliniques qu'il nous revient à l'esprit que ce pouvait être l'appendice caecal.

Dans les hernies caecales compliquées de hernies côliques, mais non transformés ainsi par l'inflammation, pareille erreur est impossible. Le cæcum a toujours un sac complet, on peut donc le voir et le reconnaître ; seul le côlon ascendant en se dépouillant de sa tunique séreuse peut être à nu sous les autres enveloppes de la hernie présentant ainsi une adhérence charnue naturelle de Scarpa. Mais la cavité séreuse est étalée à la partie antéro-interne de la

tumeur et ce n'est que par une incision portant sur la face latérale externe que l'on pourrait sans rencontrer le sac arriver directement sur la paroi intestinale et la sectionner.

Nous croyons pouvoir tirer de ce fait les conclusions suivantes :

1° Les hernies du gros intestin peuvent s'accompagner d'appendicite herniaire.

2° La localisation des phénomènes inflammatoires à la hernie, l'apparition d'une suppuration fétide sans issue de gaz ni de matières fécales, sans troubles sérieux des fonctions intestinales, permettront peut-être à l'avenir de diagnostiquer cette complication.

3° La cure radicale entreprise après un délai suffisant est rendue particulièrement pénible par les adhérences et surtout par les difficultés que l'on peut éprouver à reconnaître la présence de l'intestin.

4° D'une manière générale, les incisions pour kélotomie devront être faites de préférence à la partie antéro-interne des hernies ; on évitera ainsi la blessure du gros intestin dans le cas où celui-ci est hernié.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. Auguste Pollosson.)

Le nommé S..., âgé de cinquante-quatre ans, exerçant la profession de cultivateur, a eu, il y a dix ans, une hernie inguinale droite réductible qui nécessita pendant six mois environ le port d'un bandage. Au bout de ce temps, la hernie n'eut plus de tendance à sortir et le malade put se dispenser de porter aucun bandage.

Au commencement de mai 1893, il vit, sous l'influence d'un effort, se reproduire une hernie inguinale droite peu volumineuse, réductible et pour laquelle il ne fit pas faire de nouveau bandage.

Le 25 juin, sous l'influence d'un nouvel effort, cette hernie augmenta brusquement de volume, devenant grosse comme deux poings d'adulte et à partir de ce moment devint complètement ir-

réductible. Cette irréductibilité ne fut pas accompagnée de phénomènes d'étranglement, il n'y eut pas de vomissements, pas d'arrêt de gaz et des matières, pas de douleurs abdominales violentes, et les symptômes se bornèrent à une douleur locale avec sensation des pesanteur et de tiraillement ; ces symptômes locaux furent d'ailleurs sujets pendant les quelques jours qui suivirent à des alternatives d'augmentation et d'amélioration, mais sans prendre jamais une allure inquiétante.

Le malade entra à l'Hôtel-Dieu le 28 juin ; des tentatives de réduction furent faites avec une grande modération, mais sans succès. Le pédicule de la hernie étant volumineux et non serré, on pensa qu'il ne s'agissait pas d'un étranglement proprement dit, mais de phénomènes d'engouement ou d'inflammation herniaire légère, et le malade fut traité simplement par le repos au lit, des applications continuelles de glace sur sa hernie, et une diète assez sévère. Les symptômes eurent d'abord une certaine amélioration, le malade avait de temps en temps une petite selle et rien ne paraissait commander une intervention, lorsque le 6 juillet survinrent des modifications portant à la fois sur l'état local et sur l'état général du malade. Au point de vue local, augmentation légère de la hernie, tension plus considérable et chaleur locale.

En même temps, survenaient quelques vomissements et un peu de ballonnement de l'abdomen. Le 7 juillet au matin, ces symptômes n'ayant pas cédé et s'étant même un peu aggravés, M. Auguste Pollosson se décida à une intervention.

Incision d'environ 15 centimètres sur la face antérieure de la hernie, isolement du sac, ouverture du sac. On constata que la hernie était constituée d'une part : par une anse d'intestin grêle et d'autre part par le cæcum qui était descendu par glissement ; on trouva alors annexé au cæcum l'appendice vermiforme qui présentait à 2 centimètres environ de son insertion une ulcération large comme une pièce de 50 centimes, ulcération qui non seulement avait donné issue au contenu de l'appendice, mais l'avait presque sectionné. Tout autour de cet appendice ulcéré, on observait une zone de péritonite constituée par des fausses membranes fibrino-purulentes ; les phénomènes d'inflammation péritonéale étaient

heureusement localisés dans une étendue de quelques centimètres autour de l'appendice, mais sans avoir diffusé dans tout le sac.

On fit alors la résection de l'appendice au voisinage de son insertion et la section fut touchée avec le thermocautère. On fit ensuite un nettoyage aussi complet que possible de toute la zone enflammée, soit par les irrigations, soit par un essuyage avec des tampons aseptiques et cette toilette achevée, on se décida à rentrer la hernie; on réduisit d'abord l'intestin grêle, puis, comme le cæcum ne pouvait pas être réduit indépendamment du sac, on fit d'abord une suture de l'ouverture qui avait été faite au sac péritonéal et, une fois cette suture terminée, on réduisit à la fois dans l'abdomen, le cæcum et le sac herniaire qui avait été refermés.

Cette réduction d'une masse volumineuse ayant demandé l'agrandissement de l'anneau inguinal, on dut compléter l'opération par une suture au fil de soie des plans aponévrotiques de la paroi abdominale, c'est-à-dire que l'on fit la cure radicale de la hernie. Les téguments furent ultérieurement réunis, un drain étant placé dans le tissu cellulaire non entamé, en dehors par conséquent des sutures aponévrotiques.

Les jours suivants, le malade fut maintenu à la diète en même temps qu'on lui administrait quotidiennement une potion d'opium.

Les phénomènes locaux furent très simples, se bornèrent à un peu de tuméfaction de la zone opérée, mais sans suppuration aucune et le drain fut enlevé au cinquantième jour.

La température ne s'éleva pas au-dessus de 38°5, les vomissements cessèrent à partir de l'opération et la première selle eut lieu au huitième jour sans purgatif et alors que le malade était encore soumis au traitement par l'opium.

A partir de ce moment on donna l'alimentation plus solide et aucun incident ne survint jusqu'à la sortie du malade qui quitta l'hôpital le 29 août 1893.

On eut soin néanmoins, par précaution, de conseiller le port d'un bandage.

Le malade a été revu trois mois après par M. Pollosson; la guérison est restée parfaite et la cure radicale a même donné des

résultats tout à fait satisfaisants, car en faisant tousser le malade, on ne perçoit aucune espèce d'impulsion au niveau de sa hernie.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. Aug. Pollosson.)

Le nommé D..., cultivateur, âgé de soixante-sept ans, était porteur depuis plusieurs années d'une hernie inguinale ayant à peine le volume d'un poing et qu'il contenait plus ou moins mal au moyen d'un bandage.

Dans les premiers jours d'avril 1893, cette hernie augmenta brusquement de volume sous l'influence d'un effort; elle remplit alors la moitié droite du scrotum atteignant un volume égal au moins à trois poings d'adulte; à partir de ce moment, la hernie devient irréductible et les efforts répétés du malade et d'un médecin appelé restèrent sans résultat; pas de phénomènes aigus d'étranglement, mais simplement douleur locale.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 8 avril 1893; la tumeur herniaire est énorme, tendue et modérément douloureuse; le pédicule présente au moins le volume de quatre doigts et ne paraît pas tendu; l'anneau inguinal large ne paraît pas exercer une violente constriction sur ce pédicule; on ne juge donc pas opportun d'intervenir et après de nouvelles tentatives très modérées mais infructueuses de réduction, on prescrit des applications de glace sur la tumeur et une diète rigoureuse; la douleur locale diminue légèrement pendant les premiers jours. De temps en temps expulsion de matières peu abondantes; tous les deux ou trois jours on essaya avec douceur les manœuvres de rétention qui ne donnent pas de résultat.

15 avril. — Le malade a encore une selle et émet des gaz par l'anus; le soir du même jour, augmentation de la tension dans la hernie qui devient douloureuse, apparition de douleurs abdominales, un vomissement survient.

Le 16 avril au matin, le malade est examiné avec soin et ne se

décide pas encore à une intervention parce que le malade n'a encore eu qu'un vomissement, parce que l'état général est encore bon et parce que la veille encore le malade a eu une selle.

Dans la journée du 16 avril, les vomissements se répètent et deviennent plus fréquents, les douleurs abdominales augmentent en même temps que le ventre se ballonne; le pouls devient petit et rapide.

En même temps, la peau du scrotum présente une augmentation de chaleur et un certain degré de rougeur. Ces symptômes s'aggravent rapidement dans la nuit.

Du 16 au 17 et le 17 au matin, le malade dont les vomissements sont devenus fécaloïdes présente un état général tout à fait effrayant. On décide alors une intervention.

Incision des téguments, décortication du sac; en isolant ce dernier, on constate en dehors de lui et à sa partie postéro-interne une collection suppurée, du volume d'un œuf siégeant dans le tissu cellulaire des bourses en dehors du sac et contre lui. Cet abcès est ouvert et nettoyé avec soin; on incise alors le sac sur sa face antérieure et l'on constate que la hernie contenait à la fois une anse volumineuse d'intestin grêle et le cæcum en même temps qu'une partie du côlon ascendant; en même temps s'écoule une certaine quantité de liquide citrin à peine louche et nullement purulent.

Le cæcum est situé sur la face postérieure de la hernie; on voit l'insertion intestinale de l'appendice, on n'aperçoit pas tout d'abord son extrémité libre, mais en suivant cet appendice à partir du cæcum, on est conduit dans la cavité suppurée extra-sacculaire dont nous avons déjà parlé et l'on voit qu'en ce point l'appendice ulcéré est presque complètement sectionné.

On a donc affaire dans ce cas à l'inflammation d'un appendice qui était en grande partie extra-péritonéal, et qui avait donné lieu à une inflammation suppurative extra-sacculaire d'une manière analogue à ce que l'on observe lorsque les appendicites intra-abdominales donnent lieu, non pas à une péritonite, mais à un phlegmon du tissu cellulaire de la fosse iliaque. Dans le cas présent, l'appendice ayant glissé avec le cæcum dans la hernie,

n'a pas donné lieu à une inflammation péritonéale, c'est-à-dire intra-sacculaire, mais à une suppuration extra péritonéale, c'est-à-dire à une suppuration du tissu cellulaire péri-sacculaire. L'intestin grêle hernié est réduit dans l'abdomen, mais la réduction du cæcum aurait nécessité la réduction du sac, ou tout au moins de la partie du sac voisine du méso-cæcum étalé et comme cette zone était le siège d'une inflammation suppurative, il paraît impossible de la réduire malgré le nettoyage qui en a été fait.

Aussi la réduction étant considérée comme impossible, devait-on hésiter entre une résection intestinale suivant d'entérorraphie ou l'établissement d'un anus contre-nature.

L'état général du malade dont on n'aurait pas pu prolonger l'opération, fit rejeter l'idée d'une entérorraphie et M. Aug. Pollosson se décida à établir un anus contre-nature en fixant vers la partie supérieure de la plaie le cæcum et l'anse d'intestin grêle qui y aboutissait.

Ces deux bouts intestinaux sont adossés en canon de fusil et la partie d'intestin qui était descendue dans la hernie est réséquée en même temps que le sac.

On compléta l'opération en réunissant par une suture l'incision des bourses, espérant ainsi que les matières intestinales seraient déversées au dehors et ne viendraient pas infecter la vaste cavité scrotale.

L'ensemble de l'opération avait duré près d'une heure. Pendant les quelques heures qui suivirent, les matières s'écoulèrent par l'anus contre-nature établi, mais le malade ne sortit pas de l'état de collapsus dans lequel il se trouvait et succomba dans la soirée le jour même de l'opération.

Nous pouvons dès à présent faire suivre cette observation d'une réflexion : c'est que le malade aurait, suivant toutes probabilités, été opéré avantageusement vingt-quatre heures plus tôt, si l'on avait su attribuer aux premiers symptômes leur véritable gravité.

CONCLUSIONS

I. Les hernies du cæcum peuvent, outre les complications ordinaires aux hernies, étranglement et pseudo-étranglement, se compliquer d'appendicite herniaire pouvant simuler un étranglement; ces phénomènes sont souvent mis sur le compte de l'engouement ou de l'inflammation de la hernie.

II. Ces appendicites peuvent donner naissance soit à de la péritonite herniaire soit à des inflammations suppuratives, scrotales autour du sac.

III. Cliniquement les appendicites sont caractérisées par l'apparition de symptômes d'étranglement et quelquefois par des phénomènes inflammatoires locaux, symptômes survenant brusquement dans une hernie volumineuse antérieurement irréductible, mais non étranglée.

IV. Le diagnostic de ces complications mérite d'être fait d'une manière rapide, car il doit commander une intervention immédiate.

V. Le traitement devra consister le plus souvent dans une kélotomie suivie de résection de l'appendice et de réduction de la hernie; dans certaines circonstances, l'état de l'intestin ou les suppurations périssacculaires obligeront le chirurgien à établir un anus contre-nature.

Vu, bon à imprimer
PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
M. POLLOSSON.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Tuffier, Cæcum et hernies du gros intestin (*Arch. de méd.*) 1887
Loockwood, Hernies congénitales du cæcum (*Med. chirurg.trans.*)
1. XIX. p. 506.)
Bennet, Formes rares de hernies du gros intestin avec absence de
sac herniaire (*Société roy. med. chir.*, London, 28 jan-
vier, 1890).
Jalaguier, *Hernies du cæcum*; communication au 3^e Congrès
français de chirurgie.
Rubino. Hernie du cæcum et de l'appendice (*Sicilia medica*,
1889).
Schmidt, Hernie de l'appendice contenant un corps étranger
(*Munich med. Woch.* XVII, p. 288).
Brieger, Hernie de l'appendice (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893).
Trêves, Anatomie du cæcum (*British. med. journ.* 1885).
Steiger, Hernie du cæcum et de l'appendice (*Corresp. Blatt. f.*
Schw. Aertze, 15 avril 1879).
Boiffin, *Des hernies adhérentes*, thèse de Paris, 1887.
Lemenicier, *Du cæcum et de ses hernies*, thèse Paris, 1887.
Merigot de Treigny, *Des hernies du gros intestin*, thèse Paris,
1887.
Lockwood, Hernie fémorale gauche contenant cæcum et appendice
(*Soc. Barth. Hosp. Rep.*, London, 1894, XXVIII, 179.)
Sthompson, Removal parth. of the appendice from a sac hernia
(*British med. journ.*, London, 1887, p. 579).

- Morgan, Hernies de l'appendice (*Trauss. path. soc.*, London 1874, XXV, 107).
- Dunlop, Hernie inguinale du cæcum (*the Lancet*, 1864).
- Clark, Hernie étranglée du cæcum (*the Lancet*, 1864, 1192).
- Gray, Hernie cæcale étranglée, mort par apoplexie (*the Lancet*, 18 septembre 1888).
- Amandale, Hernie fémorale, appendice perforé dans le sac. Excision du sac et de l'appendice (*the Lancet*, 30 mars 1889).
- Malgaigne, Hernies du gros intestin (*Revue de médecine et chirurgie*, 1853).
- Duret, Hernies du cæcum (*Journal de la Société de médecine de Lille*, 1891.)
- Gangolphe, Hernies du gros intestin. Appendicite herniaire (*Lyon médical*, 1892).
- Lejars, Tumeurs intra- et péri-herniaires (*Revue générale de Gaz. des hôpitaux*, 1889).
- Pistory, Hernie inguinale droite étranglée avec gangrène de l'appendice (*Deutsch. Klinik.*, Berlin, 1850, II, 416).
- Bier, Hernie inguinale enflammée contenant l'appendice (*Deutsch med. Woch.* 1892).
- Krönlein, Hernie crurale droite étranglée, contenant l'appendice perforé et une partie du cæcum. Laparotomie. Résection. Guérison. (*Corresp. Blatt. f. Schw. Aertze.*, 15 février 1893).
- Von Arx, Hernie scrotale gauche du cæcum. (*Corresp. Blatt. f. Schw. Aertze*, 1^{er} décembre 1886).
- Perrin fils, Hernie cæcale étranglée avec gangrène cæcum et appendice. Anus contre-nature. Guérison. Mort par tétanos. (*Revue médicale de la Suisse romande*, septembre 1890).
- Taranelli, Des hernies de l'appendice. (*Annales universelles de médecine de Milan*, 1875).
- Loockwood, Les fossettes péricæcales. Situation de l'appendice. Rapports avec la hernie rétro-péritonéale (*Journ. anat. et phys.*, London, 1889-90. XLl, 118).

TABLE

Introduction	5
I. Historique.	9
II. Considérations anatomiques sur le cæcum et ses hernies .	13
III. Symptomatologie des hernies du gros intestin. Leurs complications.	23
IV. De l'appendicite herniaire	33
1. Etiologie	33
2. Anatomie pathologique	38
3. Symptomatologie. Diagnostic. Pronostic.	43
4. Traitement	48
V. Observations.	52
Conclusions.	71
Bibliographie	73

